

**Mestrado em Enfermagem  
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor da  
parturiente: experiências de pais**

**Patrícia Sofia Pereira Coelho**

**Lisboa**

**2018**



**Mestrado em Enfermagem  
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio


**Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor da  
parturiente: experiências de pais**

**Patrícia Sofia Pereira Coelho**

Orientador: Sr.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> Alexandra Tereso

**Lisboa  
2018**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“(...) O estudo da natureza mostrar-vos-á as coisas belas e maravilhosas de que  
Deus encheu o mundo para vosso deleite.  
Contentai-vos com o que tendes e tirai dele o maior proveito que puderdes.  
Vede sempre o lado melhor das coisas e não o pior. Mas o melhor meio para  
alcançar a felicidade é contribuir para a felicidade dos outros.  
Procurai deixar o mundo um pouco melhor de que o encontrastes (...)”*

(Baden-Powell 2007, p. 333)

## AGRADECIMENTOS

No final de um percurso tão intenso, poucas são as palavras que servem para agradecer aos que permaneceram sempre presentes. Por isso, agradeço de forma particular:

À professora Alexandra Tereso pelo acompanhamento, disponibilidade e aprendizagem proporcionados durante todo este percurso.

Aos enfermeiros obstetras que me orientaram por me ajudarem a crescer. Em particular às enfermeiras obstetras Rita, Florbela, Graça, Patrícia e Vanessa que me inspiraram e motivaram e que considero como modelos do que ambiciono ser.

Aos meus pais, aos meus quatro avós, à minha irmã, aos meus cunhados, aos meus sogros e à minha restante família por terem acreditado em mim, por terem sempre uma palavra de incentivo e um sentimento de apoio mesmo nos períodos de ausência.

Aos meus sobrinhos pelos sorrisos e abraços espontâneos, que me deram força para continuar mesmo quando não podia brincar.

Ao meu namorado pela minha ausência e pela sua paciência. Pelo suporte e porto de abrigo quando tudo parecia difícil e o cansaço já era muito, por me ter feito acreditar.

Aos meus verdadeiros amigos, aos de perto e aos de longe, que apesar da distância, das fadigas e das contradições da jornada caminharam sempre alegremente comigo.

A todos os casais a quem tive a oportunidade de prestar cuidados, por acreditarem em mim e me proporcionarem tanto durante este processo de aprendizagem.

À minha equipa (colegas, chefe e auxiliares), pelos pedidos, pelas trocas fora de horas, pela loucura, mas acima de tudo pela disponibilidade, pela paciência e pelas palavras de apoio e incentivo

A vós e a Ele estarei sempre, eternamente grata por tudo!

## RESUMO

As perspectivas acerca da participação do pai durante o trabalho de parto alteraram-se muito nas últimas décadas. Atualmente, a presença do pai é uma realidade nos quotidianos dos cuidados de saúde durante a gravidez, o parto e o pós-parto (Frutuoso, 2014).

Durante o trabalho de parto, a dor tem um impacto significativo não só na parturiente, mas também na forma como a experiência é vivida pelo companheiro (pai da criança). Neste âmbito, emergiu como relevante o mapeamento das experiências dos pais (progenitores) na mobilização de estratégias não farmacológicas, para o alívio da dor da parturiente e o seu contributo para uma experiência de parto positiva. Assim, como estratégia para o desenvolvimento de um percurso baseado em evidência científica foi efetuada uma revisão *Scoping* (JBI, 2017) que teve como pergunta de partida “*Quais as experiências de pais na utilização de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor durante o parto?*”. Como resultado da síntese efetuada, foram mapeados cinco tipos de experiências:

- Experiências de ansiedade;
- Experiências de impotência e de passividade;
- Experiências de participação na satisfação das necessidades das parturientes;
- Experiências de mediação;
- Experiências de ambiguidade.

O percurso de desenvolvimento de competências que se apresenta neste relatório de estágio, foi fundamentado teoricamente no modelo do Cuidado Transpessoal de Jean Watson (2002). Neste contexto, os pressupostos defendidos implicaram que o enfermeiro obstetra fosse considerado como um coparticipante no processo de cuidar, compreendendo, informando e orientando adequadamente o pai, de forma a contribuir para uma experiência familiar gratificante.

**PALAVRAS-CHAVE:** dor, trabalho de parto, pais, estratégias não farmacológicas.

## ABSTRACT

The prospects of parental involvement in labor have changed dramatically in recent decades. Nowadays, the father's presence during pregnancy, labor and postpartum is a somewhat recurring reality (Frutuoso, 2014).

During labor, pain has a deep impact not only on the parturient, but also on how the experience is experienced by the partner (the child's father). In this context, it emerged as relevant the mapping of the experiences of the parents (parents) in the mobilization of non-pharmacological strategies, for the pain relief of the parturient and their contribution to a positive delivery experience. As strategy towards the development of a path, based on scientific evidence, a *Scoping Review* (JBI, 2017) was elaborated, which had the following starting question: *"What were the experiences parents had while using non-pharmacological strategies to aid in the relief of labor pain?"*. From the synthesis of the available scientific evidence, five types of experiments were mapped, namely:

- Anxiety experiences;
- Experiences of impotence and passivity;
- Experiences of participation in meeting the needs of parturients;
- Mediation experiences;
- Experiences of ambiguity

Considering the elaboration of this internship report, the journey towards the development of skills had the theoretically fundament based on the Jean Watson's Transpersonal Caring Model (2002). The approach defended by this theory assumes the co-participation of the obstetric nurse/midwife in the healthcare process, orienting and informing the parent adequately, in a way that contributes towards a rewarding family experience.

**KEY-WORDS:** pain, labor, parents, non-pharmacologic strategies

## LISTA DE SIGLAS

**ABFC** – Auscultação dos batimentos cardíofetais

**ACOG** – *American College of Obstetricians and Gynecologists*

**APDMGP** – Associação Portuguesa pelos Direitos das Mulheres na Gravidez e Parto

**APECSP** – Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários

**APEO** – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

**BP** – Bloco de Partos

**CE** – Competência específica

**CINAHL** – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health*

**CMESMO** – Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia

**CTG** – Cardiotocografia

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**EEESMOG** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

**ER** – Estágio com Relatório

**ESEL** – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**FAME** – *Federación de Asociaciones de Matronas de España*

**FCF** – Frequência cardíaca fetal

**IA** – Índice de Apgar

**ICM** – *Internacional Confederation of Midwives*

**JBÍ** – *Joana Briggs Institute*

**LA** – Líquido Amniótico

**MEDLINE** – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PCC** – População, Conceito e Contexto

**PENPCDor** – Plano estratégico nacional de prevenção e controlo de dor

**PNCD** – Plano Nacional de Controlo da Dor

**RN** – Recém-nascido

**SCIELO** - *Scientific Electronic Library Online*

**SR** – *Scoping Review*

**SUOG**- Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

**TP-** Trabalho de parto

**UC** – Unidade Curricular

**UNICEF** – *United Nations Children's Fund*

**USF** – Unidade de Saúde Familiar



# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>15</b>
1.1. O trabalho de parto como uma experiência de autonomia familiar	15
1.2. A dor durante o trabalho de parto: conceitos envolvidos, alternativas para a sua avaliação e considerações éticas	17
1.3. A promoção do alívio da dor da parturiente	20
1.3.1. Estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor	20
1.3.2. A participação do pai	23
1.4. Modelo Teórico de Jean Watson	25
<b>2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b>	<b>28</b>
2.1. Caracterização do local de estágio	28
2.2. Descrição e análise das competências e das atividades desenvolvidas	30
2.2.1. Identificação de evidência científica	31
2.2.2. Mobilização da evidência científica no decurso do estágio com relatório	35
2.2.3. Desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados à mulher, feto/RN e conviventes significativos durante o trabalho de parto, com enfoque no alívio da dor através de estratégias não farmacológicas	38
2.2.4. Reflexão sobre o percurso de aprendizagem desenvolvido	51
2.3. Limitações do percurso de desenvolvimento de competências e aspetos éticos	52
<b>3. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA</b>	<b>53</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>56</b>

## **APÊNDICES**

### **Apêndice I - Fluxograma de Pesquisa**

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), foi proposta a realização do presente relatório, que se insere na Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório (ER) a decorrer no 2º ano do presente curso. O plano de estudos propõe o desenvolvimento de competências gerais e específicas para a obtenção do título de Enfermeira Especialista, que implica a realização de um estágio que decorreu no período de 2 de março a 9 de julho com duração de 750 horas (500 horas de estágio, 25 horas de orientação tutorial e 250 horas de trabalho autónomo) em contexto de Bloco de Partos (BP) e Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG). O ER sobre o qual incide este relatório, decorreu num Hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo e para o desenvolvimento das competências propostas foi fundamental o acompanhamento e orientação da Senhora Professora Alexandra Tereso e da Senhora Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EEESMOG) do local de estágio.

A elaboração deste relatório e a sua posterior discussão pública, têm como objetivos a obtenção do grau de mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Ao longo deste trabalho são descritas e analisadas as competências desenvolvidas, bem como todas as atividades propostas durante o percurso de aprendizagem relativas à temática selecionada para estudo: *“Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor da parturiente: experiências de pais”*.

A opção pela temática decorreu de experiências pessoais nas quais foi desenvolvida a perceção da valorização que os pais atribuem à sua participação durante o trabalho de parto. A curiosidade despoletou a pesquisa sobre o tema tendo emergido a relevância da participação dos pais no recurso às estratégias não farmacológicas para o alívio da dor da parturiente.

Importa elucidar que, a escolha da nomenclatura “pais” neste relatório remete para o elemento masculino do casal. Considerou-se que a utilização de outros termos (acompanhante, progenitor ou homem) poderia sugerir a inclusão de outros participantes que não fossem os progenitores das crianças por nascer e assim modificar o foco deste trabalho.

O percurso de desenvolvimento de competências que se analisa neste relatório foi realizado com base no Regulamento das Competências Específicas do EEESMOG da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010) e da Internacional Confederation of Midwives (ICM) e teve como objetivo geral:

- Desenvolver competências (técnicas, científicas, relacionais e ético-morais) para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente, feto/RN e conviventes significativos, tendo como foco principal de atenção as experiências dos pais na mobilização de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor da parturiente.

No percurso efetuado, realça-se ainda o desenvolvimento da competência específica H.3. “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto” (OE, 2010, p.5) e das respetivas unidades de competência (H3.1.; H3.2. e H3.3.)

Entidades como a Direção Geral de Saúde (DGS) (2013) descrevem a dor como um fenómeno pessoal, cuja intensidade, na ausência de um indicador biológico fidedigno, deve ser classificada de acordo com a experiência da pessoa e a OE (2008) reforça que o alívio da dor deve ser considerado uma intervenção fulcral dos cuidados de enfermagem.

O alívio da dor durante o trabalho de parto (TP) contribui para o bem-estar físico e emocional da parturiente pelo que deve constituir uma prioridade nos cuidados prestados pelos EEESMOG. A Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO) e a *Federación de Asociaciones de Matronas de España* (FAME) (2009) referem que a dor experienciada no TP difere de estimulações sensoriais, emocionais, psicológicas e socioculturais que dão origem a várias respostas fisiológicas, mediante a vivência pessoal de cada mulher. Assim, é fundamental que a mulher seja previamente capacitada para a gestão da dor em todas as fases do TP, devendo ser possibilitado o recurso a todos os métodos de alívio da dor.

A OE (2013) refere que a utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o TP inclui uma multiplicidade de técnicas orientadas para melhorar as sensações físicas e para prevenir a perceção psico emocional da dor. Gayeski e Brüggemann (2010) mencionam que de todos os métodos não farmacológicos estudados, a massagem é um dos mais eficazes e mais utilizados. Os mesmos autores referem, que, apesar de nem todos os métodos não farmacológicos

serem diretamente eficazes no alívio da dor, podem contribuir para a redução da ansiedade e do stress materno promovendo um maior relaxamento e uma redução dos estímulos sensoriais e fisiológicos da dor.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (1996) recorda que é essencial que os métodos não-farmacológicos de alívio da dor sejam explorados, pois são métodos mais seguros, menos interventivos e contribuem positivamente para a satisfação materna.

No que diz respeito à dor durante o TP, a Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP) (2015) reforça que a presença de um acompanhante, além de garantir o suporte físico e emocional, contribui para a redução da ansiedade e diminuição da utilização de métodos farmacológicos. De acordo com Couto (2006), essa presença contribui para a redução do medo do casal e para a diminuição do recurso à analgesia ou à anestesia durante o TP e considera essencial que os pais sejam incluídos como participantes ativos no processo. Marques (2015), defende ainda que o casal preparado para a mobilização de estratégias não farmacológicas, estará mais capacitado para reduzir os níveis de ansiedade e vivenciar a experiência de uma forma mais enriquecedora e menos dolorosa.

Neste âmbito torna-se prioritária a intervenção dos EEESMOG junto dos pais, promovendo a sua presença e promovendo o exercício do seu direito de autodeterminação. Plantin, Olukoya e Ny (2011) realçam que a orientação sobre o papel e sobre a participação do pai no TP ao nível das estratégias não farmacológicas para o alívio de dor, deve ser iniciada durante o período pré-natal. Esta capacitação prévia, contribui para a autonomia e eficácia das intervenções do pai para o alívio da dor, da ansiedade e da exaustão materna permitindo uma redução da duração do TP e da utilização de métodos farmacológicos.

O referencial teórico selecionado para nortear o estágio e a elaboração deste relatório foi a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson (2002). A escolha desta teoria teve em consideração alguns pressupostos defendidos por Watson (2002) tais como a elevada consideração pelo todo da pessoa e pelo seu estar-no-mundo durante a prestação de cuidados. Acresce ainda que, esta forma de cuidar pode proporcionar um contributo valioso para o desenvolvimento da aprendizagem (acerca da satisfação das necessidades de cada mulher/família) e das competências específicas enquanto futura EEESMOG.

O foco da aprendizagem proposto para o ER, implicou a participação na prestação de cuidados desenvolvendo a capacidade de avaliar a forma dos indivíduos (pais) estarem no mundo. No fundo, a avaliação das necessidades de cuidados da parturiente e do pai, no que diz respeito ao alívio da dor, implicou a coparticipação no processo de cuidar, facilitando dessa forma a aprendizagem do indivíduo na mobilização de estratégias não farmacológicas (Watson, 2002).

Salientando Watson (2002) a consciência e conhecimento prévio das necessidades dos pais aliada à intenção de atuar por parte dos enfermeiros obstetras, permitem promover uma mudança positiva no seu bem-estar, manifestada através do alívio da dor na parturiente e da satisfação do pai pela participação e integração neste momento

Por fim, sendo a capacidade de reflexão uma competência exigida aos EEESMOG (OE, 2010) e um contributo para a qualidade dos cuidados, pretende-se com a elaboração deste trabalho, realizar a descrição das atividades e analisar criticamente o percurso desenvolvido de forma. Neste sentido, de forma a expor todos os aspetos supracitados, este relatório será estruturado em quatro capítulos: enquadramento teórico, percurso de desenvolvimento de competências, contributos para a prática e considerações finais.

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1. O trabalho de parto como uma experiência de autonomia familiar

De acordo com Fernandes (2016) a família é um conjunto de pessoas interligadas por vínculos que se desenvolvem e se fortalecem a partir do nascimento. Neste âmbito o autor realça que a participação paterna no momento de nascimento pode proporcionar a intensificação desses laços.

A transição do parto do domicílio para o hospital, de acordo com Viana, Ferreira e Mesquita (2014) transformou a vivência familiar, pessoal e individual do parto. No contexto hospitalar, o ambiente e as rotinas muitas vezes constituem fatores de stress para as parturientes e a inclusão do pai<sup>1</sup> como elemento familiar, participante e tranquilizador pode contribuir para uma experiência mais gratificante do parto.

De acordo com os mesmos autores (Viana, Ferreira e Mesquita, 2014) o parto deve ocorrer da forma mais natural possível sem intervenções desnecessárias. A atenção deve estar centrada no exercício dos direitos da parturiente/feto/pai, garantindo a sua segurança e o bem-estar. De acordo com Frello e Carraro (2010), a base de um parto humanizado é o cuidado holístico centrado nas escolhas e na autonomia do casal, permitindo a redução da ansiedade e potenciando as suas habilidades.

A inclusão do pai na sala de partos e a promoção da sua participação são consideradas como implícitas na humanização do parto. Para além da transmissão de conforto e segurança durante o parto, a presença paterna contribui para a satisfação das necessidades da parturiente. Neste sentido, em Portugal, a inclusão do pai no parto eutócico foi enquadrada legalmente em 1985 pela Lei nº 14/85 de 6 de julho (Portugal, 1985) e no parto por cesariana em 2016, através do Despacho n.º 5344-A/2016 do Diário da República n.º 76/2016, 1º Suplemento, Série II de 2016-04-19.

Segundo Fernandes (2016) é possível verificar o crescente acompanhamento paterno na gravidez e no parto, o que contribui positivamente para a vivência familiar do processo. Mais do que apoiar a mulher, promovendo o seu conforto e garantindo a sua privacidade e individualidade durante o parto, permite ao homem vivenciar a sua

---

<sup>1</sup> esta expressão ao longo do trabalho refere-se ao companheiro/progenitor

primeira experiência enquanto pai, favorecendo os processos de vinculação pai-filho, e ao nível do casal contribuindo para a transição saudável do casal conjugal (díade) para o casal parental (tríade) (Draper, 2003).

Lowdermilk e Perry (2008) consideram que o nascimento de um filho exige uma readaptação da família e o reajuste dos relacionamentos o que implica uma alteração emocional e psicológica na dinâmica do casal. Ramos (2004) considera que a vivência do processo a dois permite o hétero-conhecimento e também o fortalecimento da ligação emocional favorecendo o vínculo harmonioso da tríade.

Canavarro e Pedrosa (2005) defendem que, apesar de o nascimento pertencer ao ciclo de vida, constitui-se como um dos acontecimentos mais marcantes na vida familiar, pela reestruturação que impõe. Neste âmbito, é fundamental que as intervenções dos enfermeiros obstetras promovam a capacitação do casal para a gravidez e para o TP. A promoção do bem-estar e da segurança do casal estão englobadas no regulamento de competências específicas do EEESMOG (OE, 2010), sendo intervenções essenciais para a vivência positiva dos processos de transição e autonomia do casal.

De acordo com a APEO e a FAME (2009) a presença e a participação paterna promovem uma autonomia crescente do casal, sendo um contributo importante para o parto hospitalizado mais humanizado. Fernandes (2016) defende que a preparação para o que irá acontecer e para o que é possível fazer durante o TP permitirá uma crescente autonomia do casal ao nível da execução dos exercícios e da vigilância, facilitando a progressão favorável e mais rápida do TP. Assim, para garantir a vivência positiva e o vínculo familiar, é importante prevenir complicações e transmitir segurança e conforto, colaborando com o casal na concretização das suas expectativas.



## **1.2. A dor durante o trabalho de parto: conceitos envolvidos, alternativas para a sua avaliação e considerações éticas**

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão. (Keck, Gerkensmeyer, Joyce e Schade, 1996) citado por (OE 2008, p.11). No Guia Orientador de Boa Prática da OE (2008) é referido que o alívio da dor é uma das intervenções fulcrais dos enfermeiros, carecendo de ações destinadas à sua prevenção e tratamento. Considerada como o 5º sinal vital, a dor tem expressão formal e regular nos padrões de documentação dos cuidados (OE, 2008).

A prestação de cuidados de enfermagem às pessoas com dor tem como finalidade a promoção do seu bem-estar (OE, 2008). Neste sentido a atuação para a redução da dor requer a avaliação, o diagnóstico, o planeamento, e a execução das intervenções dirigidas, adequadas e eficazes para cada pessoa. Segundo o autor supracitado, as intervenções de enfermagem no alívio de dor podem ser autónomas ou interdependentes, sendo as autónomas de exclusiva iniciativa e responsabilidade do enfermeiro.

De forma a uniformizar a atuação perante a dor a DGS (2013) elaborou um documento onde constam os princípios orientadores, denominado como plano estratégico nacional de prevenção e controlo de dor (PENPCDor). De acordo com o referido documento, a prevalência da dor exige aos profissionais de saúde formação especializada para a atuação em conformidade e os princípios orientadores considerados imprescindíveis na avaliação da dor são: a subjetividade da dor; a consideração da dor como o 5º sinal vital; o direito ao controlo da dor; o dever do controlo da dor; e o tratamento diferenciado da dor.

Assim, para que a atuação dos enfermeiros no alívio da dor seja uma prática eficaz, considera-se fulcral o registo pormenorizado da intensidade, recorrendo à utilização de escalas validadas internacionalmente, como são exemplos: a Escala Visual Analógica, a “Escala Numérica”, a “Escala Qualitativa” ou a “Escala de Faces”.

De acordo com o descrito na Circular Normativa Nº 09/DGCG, de 14/06/2003 da DGS a avaliação e o registo sistemático da intensidade da dor constituem uma norma de boa prática clínica. Considerando a subjetividade e integrando a dor como o 5º sinal vital, o direito ao seu adequado alívio torna-se implícito para todas as

peessoas que assim manifestem algum sinal de dor. O PENPCDor da DGS (2013) tem como objetivo reduzir a prevalência da dor não controlada na população portuguesa melhorando a qualidade de vida dos doentes com dor, racionalizando os recursos e controlando os custos necessários. Neste sentido, deve ser também realçado o dever de os profissionais atuarem na prevenção e no controlo personalizado da dor de forma eficaz e adequada, garantindo o bem-estar e os cuidados centrados na pessoa.

Bismarck (2003) e Graça (2010) referem que o TP é marcado por alterações mecânicas e hormonais que induzem as contrações uterinas e promovem a dilatação do colo uterino e a descida da apresentação fetal. Durante a fase de dilatação, a dor corresponde a uma sensação subjetiva, descrita como aguda, visceral e difusa. Por outro lado, a fase da descida da apresentação fetal, corresponde à dor somática, mais nítida e contínua, podendo ser intensificada pelo estado emocional da parturiente e por fatores psicológicos, sociais e ambientais.

Durante o TP, a atuação em conformidade com a dor referida pela parturiente é fundamental pois a mesma poderá ter repercussões negativas na experiência e nos processos de transição para a parentalidade. De acordo com Gayeski e Brüggemann (2010) a dor durante o TP faz parte da própria natureza humana, distinguindo-se de outras experiências de dor por não se encontrar associada a uma patologia.

Segundo Pereira (2016), a dor durante o TP é uma das experiências humanas mais antigas sendo ainda hoje uma realidade, apesar de ser evitável. Lowdermilk e Perry (2008) mencionam, que, mesmo com os recursos farmacológicos e não farmacológicos disponíveis, continua a ser uma realidade nos serviços de obstetrícia.

A dor de parto, surge também evidenciada no Projeto Maternidade com Qualidade proposto pela OE (2013) no qual é mencionado que o alívio da dor durante o TP é um direito e contribui para o bem-estar físico e emocional da parturiente, pelo que deve ser um dos cuidados prioritários do EEESMOG. Pereira (2016) reforça ainda que a dor de parto é subjetiva e resulta numa resposta psíquica que se reflete em ações físicas diferentes para cada mulher.

Tendo em conta que a dor experienciada durante o TP difere de estimulações sensoriais, emocionais, psicológicas e socioculturais e que estas dão origem a várias respostas fisiológicas (mediante a vivência pessoal), a parturiente deve ser previamente capacitada para a gestão da dor (APEO e FAME, 2009).

Sendo a dor em obstetrícia um processo subjetivo de acordo com Bismarck (2003), esta é influenciada também por vários fatores: fisiológicos (progressão do TP), psicossociais (variáveis como a cultura, etnia e ansiedade) e ambientais (profissionais de saúde, local, equipamentos). Pereira (2016) reforça ainda que a dor sentida pela mulher no parto é única e pode ser influenciada por vários fatores nomeadamente: ansiedade/medo, experiência anterior de parto, preparação para o parto, suporte durante o parto, genética intrínseca de cada pessoa e ambiente cultural onde a parturiente se insere. Neste âmbito é fundamental que o enfermeiro obstetra informe sobre todos os recursos e métodos de alívio da dor, bem como sobre os benefícios e riscos envolvidos, potenciando a autonomia e garantindo o consentimento informado de cada casal.

O regulamento das competências específicas do EEESMOG (OE, 2010), nomeadamente, a unidade de competência H3.1, tem incluídos como critérios de avaliação a promoção do conforto e do bem-estar da mulher e conviventes significativos, a atuação de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher e a cooperação com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.

Estas abordagens vão ao encontro da quarta competência proposta pela IMC (2013) na qual é mencionado que a parteira deve ter conhecimentos sobre as medidas não farmacológicas para a gestão da dor da parturiente, incluindo os seus riscos relativos, as suas desvantagens e a sua segurança, bem como o seu efeito na fisiologia do parto.

A DGS (2013) descreve a dor como um fenómeno pessoal, que na ausência de um indicador biológico fidedigno, deve ser classificada de acordo com a experiência da pessoa e Pereira (2016) realça que nos dias de hoje é evitável que a parturiente vivencie uma experiência de dor.

No documento Iniciativa pelo Parto Normal, é mencionado que o esclarecimento prévio da parturiente sobre a dor em todas as fases do TP, abordando as estratégias não farmacológicas para o seu alívio (e não apenas as vantagens e desvantagens da analgesia epidural) previne o impacto negativo ao nível psíquica e emocional e contribui para uma experiência de parto mais positiva e natural (APEO e FAME, 2009). O conhecimento dos estímulos fisiológicos bem como dos mecanismos e respostas da dor, constituem a base fisiológica da analgesia farmacológica que é

possibilitada durante o parto. Em alternativa, a capacitação da parturiente e do acompanhante sobre a gestão da dor, permitem o recurso aos métodos não farmacológicos disponíveis. Durante o TP, podem proporcionar uma sensação de autonomia, domínio e autocontrolo sobre si e sobre o seu corpo e contribuir para integrar outros elementos no processo, tais como o acompanhante, potenciando positivamente a sua ação e contribuindo para uma experiência mais satisfatória para os envolvidos.

Sendo o EEESMOG dotado de competências especializadas, descritas e definidas no Regulamento de Competências Específicas (2010) é da sua responsabilidade garantir o bem-estar materno e fetal em todas as suas dimensões. Assim a avaliação, registo, reavaliação e atuação perante a dor devem ser assegurados e constituírem uma prioridade nos cuidados prestados. A atuação para a promoção do parto mais fisiológico e natural, implica a oferta de intervenções adaptadas às necessidades e à dor de cada parturiente e de cada pai e a promoção do exercício do direito ao consentimento livre e informado.

### **1.3. A promoção do alívio da dor da parturiente**

#### **1.3.1. Estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor**

De acordo com Bismarck (2003) pode haver um agravamento da dor à medida que o TP evolui. Neste âmbito, a sua antecipação e alívio têm merecido uma atenção especial por parte dos enfermeiros obstetras que se têm empenhado em desenvolver uma prática baseada em evidência procurando proporcionar um parto sem dor a cada casal.

De acordo com Bismarck (2003), O'Reilly, Bottomley e Rymer (2008) e Graça (2010) existem à disposição das parturientes vários métodos de analgesia farmacológica, sendo estes:

- Analgesia endovenosa – Consiste na administração de analgésicos por via endovenosa. Os fármacos utilizados atravessam a placenta e entram na circulação fetal, pelo que a vigilância durante e após a administração deve ser garantida.

- Analgesia inalatória – Constitui uma alternativa aceitável no alívio da dor durante o TP pois tem uma semivida curta e é segura para a mãe e para o feto. Apesar de não garantir um alívio completo da dor grave, consegue promover uma analgesia significativa. A sua eficácia implica que a parturiente consiga realizar a sua auto utilização.
- Analgesia loco regional (epidural ou sequencial) – Apesar da sua eficácia ser superior à proporcionada pelos outros métodos, também implica um maior risco de efeitos secundários tais como a perda de sensibilidade.

De acordo com Bismarck (2003) as técnicas de analgesia sofreram uma grande evolução e apesar dos efeitos secundários possíveis, a sua previsibilidade permite uma gestão adequada do risco materno e fetal.

Davim, Torres e Dantas (2009) consideram que ajudar as mulheres a suportar a dor durante o TP pode ser conseguido com o recurso a estratégias não farmacológicas, comprovadas cientificamente e com menos efeitos secundários. Segundo O'Reilly et al. (2008) existe um número crescente de mulheres que atualmente demonstra interesse e recorre a estratégias não farmacológicas para controlar a dor durante o TP.

A OE (2013) refere que a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o TP inclui uma variedade de técnicas orientadas para melhorar as sensações físicas e para prevenir a perceção psíquica e emocional da dor. Alguns autores tais como: Lowdermilk e Perry (2008), O'Reilly et al. (2008) e a OE (2013) destacam o suporte proporcionado por um conveniente significativo como um contributo efetivo para o controlo da dor.

Segundo os autores supracitados as estratégias não farmacológicas de alívio da dor podem ser divididas em:

❖ Estratégias de estimulação cutânea, que incluem:

- Contrapressão – Consiste na aplicação de pressão contínua na zona lombar. Pode ser realizada utilizando o punho ou a palma da mão;
- Calor e frio – A aplicação de calor ou de frio pode ser realizada através de toalhas húmidas, compressas de gel ou através de outros dispositivos que permitam a aplicação de frio ou de calor. Estas técnicas podem ser aplicadas

em qualquer parte do corpo e são eficazes no alívio da dor, diminuindo a tensão muscular e promovendo a circulação sanguínea;

- Toque e massagem – O toque poderá ser utilizado para transmitir cuidado, segurança e preocupação. A massagem poderá promover uma redução da tensão e aumento do conforto;
- Deambulação – Esta técnica proporciona maior relaxamento, facilitando a progressão do TP;
- Hidroterapia – Pode ser aplicada através de chuveiro, jatos de água ou banhos de imersão e permite o conforto e relaxamento durante o trabalho de parto, podendo ser aplicada durante o tempo que a parturiente desejar;
- Estimulação nervosa elétrica transcutânea – Consiste na aplicação de dois eletrodos em ambos os lados da coluna lombar e sacrada, promovendo relaxamento e o alívio da tensão muscular;
- Acupuntura – Aplicação de agulhas em pontos específicos do corpo para restabelecer o fluxo de energia e reduzir a dor;
- Mudança de posição – Inclui a alternância de decúbitos, mas também todos os recursos que pode implicar tais como: a bola nascimento, as lianas e os degraus que estimulam a posição vertical. Permitem o alívio da pressão sobre o pavimento pélvico e possibilitam a liberdade movimentos na adoção de diferentes posições mais confortáveis para a parturiente.

❖ Estratégias de estimulação sensorial (promovem um ambiente sensorial mais pessoal e seguro) que incluem:

- Aromaterapia – Realizada através da utilização de óleos destilados de plantas, flores, ervas e árvores, para promoção do bem-estar;
- Musicoterapia – Promove o relaxamento durante o TP, diminuindo a ansiedade e a percepção da dor. A música torna o ambiente mais pessoal, permitindo a tranquilidade e privacidade que a parturiente necessita;
- Concentração e relaxamento – Possibilita que a mulher descanse ao longo do trabalho de parto e se distraia de todo o ambiente externo envolvente.

Gayeski e Brüggemann (2010) referem que de todos os métodos não farmacológicos estudados a massagem é dos métodos mais utilizados no alívio da dor demonstrando-se também mais eficaz, pela facilidade inerente ao método e pela promoção do toque. Os mesmos autores referem que nem todos os métodos não farmacológicos são eficazes no alívio da dor, mas que podem contribuir para a redução da ansiedade e do stress materno, para uma sensação de maior controlo e segurança, permitindo um maior relaxamento materno e consequentemente uma redução dos estímulos sensoriais e fisiológicos da dor.

A orientação para o recurso a estas estratégias deve ser iniciada no período pré-natal, para que exista uma familiarização prévia com cada método. Nessa abordagem inicial deve ser também explicada a importância da presença de um acompanhante, (escolhido livremente pela parturiente) para a apoiar e contribuir para o alívio da dor e para uma experiência de parto mais positiva (Davim et al., 2009).

A OMS (1996) refere também que os métodos não-farmacológicos de alívio da dor devem continuar a ser explorados e utilizados como promotores do bem-estar materno, pela sua eficácia, segurança e redução da intervenção externa.

### 1.3.2. A participação do pai

Antigamente as intervenções das parteiras de acordo com Segane e Nolte (2012) eram centradas nas necessidades das mulheres, sendo as expectativas e os sentimentos paternos desvalorizados. A visão da paternidade, segundo Frutuoso (2014) tem-se alterado nas últimas décadas e atualmente o homem é considerado como um participante ativo na gravidez, no parto, e até no puerpério. Gomez (2016) realça ainda, que, atualmente os homens reportam uma maior vinculação emocional ao feto o que os torna mais participativos no nascimento.

De acordo com Silva e Lemos (2012) o processo de vinculação do pai com o bebé, é influenciado positivamente pela interação logo após o nascimento. Neste sentido, é possível referir que os pais que interagem e participam neste momento, demonstram maior afetividade com o seu bebé.

A Associação Portuguesa pelos Direitos das Mulheres na Gravidez e Parto (APDMGP) (2015) refere que a presença de um acompanhante durante o processo permite o suporte físico e emocional, promove a redução da ansiedade e a redução

da necessidade de métodos farmacológicos para o alívio da dor, contribuindo para uma experiência mais gratificante para o casal. Segundo Couto (2006) a aplicação dos métodos não farmacológicos por este elemento da díade, torna a experiência de parto mais satisfatória.

Pereira (2016) acrescenta ainda que o casal preparado para lidar com a dor através de estratégias não farmacológicas, apresenta menores níveis de ansiedade, conseguindo uma experiência mais enriquecedora e menos dolorosa. De acordo com Lopes (2006), a decisão acerca da presença do pai no bloco de partos deve ser do casal. É fundamental que o pai seja capacitado para ser uma figura importante num processo de grande vulnerabilidade para a parturiente.

Frutuoso (2014) defende que durante o TP o pai vivência um misto de sentimentos, sendo prevalente o sentimento de impotência face à dor da parturiente. Neste âmbito, é fundamental que os enfermeiros obstetras capacitem previamente os pais para a sua participação. Assim torna-se necessário conhecer as expectativas e experiências anteriores de cada homem (face ao controlo da dor e à vivência do parto), de forma a orientar, promover a participação e potenciar o alívio da dor tal como proposto na Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson (2002).

De acordo com Plantin et al. (2011) a orientação sobre a participação do pai no TP ao nível da gestão da dor deve ser iniciada no período pré-natal. Esta capacitação torna o pai mais seguro das suas intervenções, sendo a sua atuação na redução da dor, da ansiedade e da exaustão materna mais eficazes, encurtando por consequência a duração do trabalho de parto, e resultando numa menor necessidade de utilização de medicação.

A Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários (APECSP) (2014) e a OMS (2015), referem que os cuidados pré-natais devem ser centrados e dirigidos às necessidades da tríade. Os mesmos autores explicam que a preparação para o parto deve oferecer à família momentos de partilha de experiências, que possibilitem um maior envolvimento do pai no nascimento.

Pereira (2016) também refere a envolvimento do pai como uma estratégia potenciadora dos métodos não farmacológicas, pelos diferentes papéis que o mesmo pode assumir durante o acompanhamento. Sendo o acompanhamento da grávida e parturiente um direito descrito na Lei n.º 15/2014 de 21 de março da DGS, o incentivo à participação do companheiro deve também ser ponderado no bloco de partos, pois



de acordo com Lowdermilk e Perry (2008) o seu conhecimento íntimo da mulher permite providenciar as medidas de conforto respeitando as necessidades da mulher.

De acordo com APECSP (2014) os pais procuram informação e apoio por parte dos profissionais e consideram importantes os momentos de interação e as sessões de preparação para o parto, para a sua segurança e para a aquisição de competências para apoiar a parturiente. Os mesmos autores consideram também que, os profissionais de saúde estão progressivamente a ficar mais despertos para a participação do pai e para os benefícios que a mesma pode proporcionar.

A visão do pai enquanto elemento cuidador, promove uma influência positiva no processo de vinculação e de readaptação familiar, e promove a relação do casal pela intensidade dos momentos partilhados (Silva e Lemos, 2012). No entanto e apesar dos benefícios mencionados, o apoio e a participação do pai durante o TP ainda não é uma realidade em todas as instituições portuguesas apesar de haver uma maior consciencialização sobre a sua importância (APDMGP, 2015).

#### **1.4. Modelo Teórico de Jean Watson**

Na sequência da opção pela temática e dos aspetos que foram emergindo como pertinentes, o referencial teórico que foi identificado para basear o percurso efetuado foi a Teoria do Cuidado Transpessoal, de Jean Watson. De acordo com Watson (2002) este cuidado implica uma elevada consideração pelo todo da pessoa e pelo seu estar-no-mundo.

A prática de cuidados tendo por base este modelo teórico exige o planeamento de intervenções específicas e rigorosas, mediante a avaliação das necessidades individuais de cada pessoa. Esta forma de cuidar é proposta a todos os enfermeiros no seu quotidiano profissional. No caso específico dos EEESMOG, o desenvolvimento de competências específicas aliado a esta teórica, potencia os cuidados especializados, e acima de tudo garante o bem-estar de cada família respeitando a sua individualidade.

Relacionando a temática com esta teoria, é proposto a cada EEESMOG, o cuidado especializado à família pelo que o pai deve ser integrado desde o início e em todos os momentos de forma a promover uma readaptação familiar positiva. Perante as necessidades de intervenção/compreensão do pai referenciadas acima, deve o

EEESMOG de acordo com o Watson (2002) ter a capacidade de avaliar e verificar a forma dos indivíduos (pais) estarem no mundo, compreendendo todos os fatores que comprometem a sua atuação. É ainda fundamental avaliar e constatar as suas perspectivas e necessidades de intervenção relativas ao parto e ao controlo da dor da parturiente, para facilitar e promover a sua eficácia na mobilização das estratégias não farmacológicas.

Assim, mais do que instrumentalizar o pai em prol do conforto e o bem-estar materno, esta teórica propõe um olhar para o sujeito (pai) no seu todo individual, conhecendo as suas necessidades, dificuldades e limitações. A sua inclusão no plano de cuidados da tríade tendo em conta todo o conhecimento proposto por Watson (2002) garante não só o bem-estar materno, mas também a satisfação global do casal.

De acordo com a APECSP (2014) os pais procuram obter informação e apoio junto dos enfermeiros e consideram que as sessões de preparação para o nascimento os capacitam para ajudar as suas mulheres, para gerirem a ansiedade e para se sentirem mais seguros durante o TP.

Watson (2002) considera o enfermeiro como um coparticipante no processo de cuidar, uma vez que a sua intervenção permite facilitar a aprendizagem do indivíduo (incluindo a aquisição de conhecimento) e o autocontrolo para o autocuidado (mobilizando as estratégias adequadas).

Salientando Watson (2002), a consciência e o conhecimento prévio das necessidades dos pais aliada à intenção de atuar por parte dos EEESMOG, tendo em conta a prática baseada na evidência, contribuirão positivamente para o bem-estar do outro. No caso da parturiente, o alívio da sua dor, e no do pai a sua satisfação nesse momento.

De acordo com Motta e Crepaldi (2005) a equipa de saúde pode ter a expectativa que o progenitor assuma o apoio e acompanhamento da mulher garantindo o conforto no momento do parto. No entanto o homem vive um conjunto de processos emocionais que originam várias reações, e que podem influenciar o seu envolvimento. Neste sentido, tal como proposto por Watson (2002) torna-se fulcral que os enfermeiros compreendam os aspetos psicológicos e as necessidades que o homem vivencia para poderem possibilitar a sua integração e garantir intervenções mais seguras e eficazes.

De acordo com Carvalho (2014) para promover a percepção positiva dos pais face ao parto é fundamental que os EEESMOG compreendam (tal como é proposto por Watson) as expectativas e os mecanismos de *coping* individuais. Conhecer as suas intenções e permitir a sua envolvimento na tomada de decisão, contribui para o parto normal e humanizado respeitando a tomada de decisão livre e esclarecida do casal.

No sentido de promover a sua participação na mobilização das estratégias não farmacológicas, Watson (2002) considera que deve ser validada a sua vontade e a sua percepção relativamente ao parto. A abordagem proposta por esta teoria permite assim que o EEESMOG seja coparticipante, compreendendo, informando e orientando adequadamente o pai relativamente ao seu papel, de forma a contribuir para uma experiência de parto mais positiva para a família.

## 2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

### 2.1. Caracterização do local de estágio

O presente ER decorreu no SUOG e BP de um hospital central da região de Lisboa e Vale do Tejo. Tem como população assistencial as utentes/famílias da zona abrangente do hospital e as provenientes de outros locais que escolham esta unidade hospitalar para o parto ou ainda por referência de outro hospital por situações de risco.

A população abrangida caracteriza-se por uma vastidão multicultural, pela heterogeneidade etária e pelas situações de elevado risco materno-fetal o que possibilitou situações de aprendizagem diversificadas.

A filosofia de cuidados desta unidade centra-se na promoção do parto normal. Desde 2005 que possui a certificação como Hospital Amigo dos Bebés, de acordo com as recomendações do *United Nations Children's Fund* (UNICEF) (1991). Ao nível físico o BP e o SUOG estão localizado no primeiro piso do hospital e apesar de a nível estrutural serem serviços distintos a equipa multidisciplinar é comum, havendo rotatividade dos elementos entre os dois serviços. A equipa de enfermagem é constituída por 44 enfermeiros: 36 EEESMOG e 8 enfermeiros generalistas.

No que confere à estrutura física do bloco de partos este é constituído por:

- 1 Sala de dilatação com capacidade para três camas (preparada para a assistência aos partos, no caso de necessidade). Esta sala possui janelas que garantem luminosidade natural. Ao nível dos recursos materiais, estas salas também possuem bolas de pilates de diferentes dimensões, degraus, bancos de parto, a cadeira de parto e as lianas penduradas nos tetos;
- 4 Salas individuais de assistência aos partos. A estrutura física destas salas permite privacidade aos casais e estão equipas com os mesmos recursos materiais da sala de dilatação, incluindo a música. A permanência de um convivente significativo é garantida, existindo a flexibilidade para a visita de outros conviventes significativos mediante a autorização da parturiente e da equipa. No puerpério imediato, caso as condições do serviço o permitam e de acordo com o desejo do casal é possibilitada a presença da família;

- 2 Blocos operatórios para realização de cesarianas eletivas ou de emergência e outras intervenções cirúrgicas de foro ginecológico;
- 1 Sala para prestação dos cuidados imediatos ao RN;
- 1 Sala de recobro com duas camas, que permite a vigilância/prestação de cuidados a grávidas/puérperas em situações de risco. Ao nível físico esta sala tem luz controlada e tem acesso restrito de acordo com a patologia da mulher.

O SUOG é constituído por:

- 1 Gabinete de secretariado, onde é realizada a ficha de admissão das mulheres;
- 1 Sala para realização de ecografia
- 1 Sala para realização de CTG
- 3 Salas de observação, onde são prestados cuidados diferenciados;
- 2 Salas de internamento de curta duração com capacidade para duas camas;
- 1 Bloco operatório (para realização de intervenções cirúrgicas em ambulatório).

O BP admite mulheres provenientes do SUOG e do serviço de medicina materno-fetal em fase ativa do TP, em situação de risco materno-fetal com necessidade de vigilância intensiva e constante, bem como de puérperas em situações de risco. Também são admitidas mulheres para cesarianas eletivas ou para serem submetidas a intervenções cirúrgicas do foro ginecológico.

Foi importante conhecer a dinâmica e a estrutura organizacional e funcional dos dois serviços bem como as normas, os protocolos e os procedimentos habituais através da consulta de documentos existentes nos serviços. Neste âmbito foi também relevante a consulta dos processos clínicos nos sistemas informáticos utilizados (SAPE e ALERT).

## **2.2. Descrição e análise das competências e das atividades desenvolvidas**

De acordo com a OE (2001) a prática reflexiva constitui um dos alicerces fundamentais na prestação de cuidados. A análise das intervenções e dos momentos de tomada de decisão resultam em processos de reflexão e mudança, que contribuem para a melhoria dos cuidados de enfermagem. Sendo a qualidade dos cuidados um objetivo a alcançar, também durante o percurso de aprendizagem a análise das ações esteve sempre presente, tendo como suporte: o Código Deontológico do Enfermeiro, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e as Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista.

O percurso realizado pretendeu o desenvolvimento da condição de perito proposto por Benner (2005) pela análise detalhada das situações e resolução eficaz dos problemas prioritários que, muitas vezes ocorreram durante os processos de aprendizagem e tomada de decisão. Esta prática aliada à melhor evidência científica e aos valores ético-morais da profissão e dos clientes, promoveram a prática baseada na evidência tal como sugerido pela OE (2015).

Tendo em conta o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) da OE (1998) e a OE (2010a) a certificação das competências clínicas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que pretendem dar resposta na prática às necessidades dos indivíduos num domínio específico de enfermagem. Esta prática foi sendo desenvolvida ao longo de todo o percurso através do acompanhamento e monitorização contínuo do TP, o que levou à identificação de algumas situações para além da área da atuação, promovendo um parto seguro a cada casal. A atuação de acordo com a teórica de Watson (2002) permitiu que a prática desenvolvida fosse ao encontro dos cuidados centrados na pessoa. A avaliação de cada casal tendo por base este pressuposto permitiu a personalização de cada plano de cuidados e atuação em conformidade, assegurando assim a melhor resposta às necessidades dos indivíduos.

Sendo o exercício de Enfermagem legalmente enquadrado pelo REPE (OE, 1998) e a responsabilidade profissional, ética, legal uma competência descrita no

Regulamento das competências comuns dos enfermeiros Especialistas da OE (2010a) é importante salientar todos os princípios foram respeitados durante a prática clínica. As normas de conduta institucionais, a privacidade e a defesa da pessoa foram respeitados e priorizados em todos os cuidados indo ao encontro dos objetivos propostos no Código Deontológico (OE, 2003).

Ao longo do relatório serão analisadas as competências descritas no Regulamento de Competências Específicas do EEESMOG e também as competências regulamentadas pela ICM (2013). As mesmas foram sendo desenvolvidas ao longo de todo o percurso de aprendizagem através do cumprimento dos requisitos formativos propostos na Lei nº 9/2009 de 4 de março (2009) que transpõe para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º 2005/36/CE, com o objetivo do reconhecimento das qualificações profissionais e alcançar o título de EEESMOG proposto pela OE.

#### 2.2.1. Identificação de evidência científica

De acordo com Galvão e Sawada (2003) a prática baseada na evidência é uma abordagem que possibilita a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, pelas possibilidades que podem decorrer da translação do conhecimento. Como ponto de partida do percurso efetuado foi desenvolvida uma *Scoping Review* (SR) com o objetivo de mapear a evidência científica sobre as experiências de pais na utilização de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor durante o parto. Assim foi definida como questão de pesquisa segundo a mnemónica PCC (JBI, 2017): *Quais as experiências de pais na utilização de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor durante o parto?*

**(P) População** – Pais (Fathers),

**(C) Conceito** – Alívio da dor não farmacológico (NonPharmacological methods, Non-pharmacological strategies e Pain Relief)

**(C) Contexto** – Blocos de Partos (Labor, Childbirth).

De forma a mapear as experiências de pais na utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor, nesta SR foram incluídos estudos qualitativos. De

acordo com Holanda (2006) o foco de pesquisa centrado nas experiências consiste em fenómenos passíveis de não serem medidos pois representam a essência humana. O estudo destes fenómenos segundo Augusto (2014) exige uma metodologia intensiva que remete para a abordagem qualitativa.

Os outros critérios de inclusão centraram-se na seleção dos participantes - pais que tivessem acompanhado as parturientes em contexto de bloco de partos e que tivessem mobilizado estratégias não farmacológicas para o alívio da dor durante o parto.

Como limitadores foram utilizados: o ano de publicação (estudos posteriores a 2010) e a língua de publicação (português e inglês).

A estratégia de pesquisa passou por três etapas:

1ª Etapa - Pesquisa inicial através de linguagem natural nas bases de dados: SCIELO e posteriormente na plataforma EBSCOhost nas bases de dados: MEDLINE with Full Text e CINAHL Plus with Full Text.

2ª Etapa – De seguida, foi realizada a análise dos títulos e dos resumos dos artigos encontrados e, ainda, dos termos indexados utilizados nos vários artigos.

3ª Etapa – Pesquisa com termos indexados nas bases de dados MEDLINE with Full Text e CINAHL Plus with Full Text.

A expressão de pesquisa com termos indexados na MEDLINE foi: (MH “Fathers” OR Father Experience) AND (MH “Labor Pain” OR Nonpharmacological methods OR Non-pharmacological strategies OR Pain Relief OR MH “Labor Obstetric”+).

A expressão de pesquisa com termos indexados na CINAHL foi: (MH “Expectant fathers” OR Father) AND (MH “Labor Pain” OR Nonpharmacological methods OR Non-pharmacological strategies) AND (MH “Labor”+).

Para a elaboração das expressões de pesquisa, os descritores utilizados (quer em linguagem natural quer em linguagem indexada) foram conjugados através dos operadores booleanos AND e OR e inicialmente foram identificados 168 artigos tal como é apresentado no fluxograma de pesquisa que consta no Apêndice I.

Durante a seleção dos artigos foram excluídos todos os artigos publicados antes do ano de 2010 e todos os que não se encontravam em língua portuguesa e inglesa, obtendo no final 27 artigos na base de dados MEDLINE e 3 na base de dados CINAHL.



De acordo com o JBI (2017) na SR a apreciação da qualidade não é obrigatória, pelo que a decisão da inclusão de um estudo pode ser determinada pelo cumprimento de critérios definidos previamente pelo revisor. No entanto, durante a execução desta SR, de forma a mapear a melhor evidência considerou-se importante que após a seleção dos artigos, fosse realizada a sua avaliação tendo por base os instrumentos de apreciação do JBI (2015) - Qari Critical Appraisal Checklist For Interpretive & Critical Research. Depois da análise foram considerados 3 estudos das bases de dados MEDLINE e CINAHL e 1 artigo da base de dados SCIELO, que foram ao encontro à problemática em estudo.

Relativamente à extração dos dados foi utilizado o instrumento da JBI (2015) Data Extraction Template for Qualitative Evidence e foi realizada uma síntese que pretendeu resumir descritivamente os resultados e tipificar as experiências descritas.

Em resposta à questão de partida, nos estudos selecionados, foram mapeados cinco tipos de experiências:

**Experiências de ansiedade** – Neste tipo de experiências, o parto é considerado como uma situação geradora de ansiedade (pelo desconhecimento do ambiente e da realidade vivenciada), dificultando e criando incertezas sobre a forma de agir (interferindo negativamente na mobilização de estratégias não farmacológicas para alívio da dor) e de reagir dos pais (Premberg, Carlsson, Hellstrom e Berg, 2010);

**Experiências de impotência e de passividade** - A impotência é um dos sentimentos realçados pelos pais em relação à dor da parturiente e que é considerado como gerador de reações de passividade (Jardim e Penna, 2012).

Segundo Perdomini e Bonilha (2011) a passividade também está relacionada com a preocupação que os pais têm em não interferirem nas intervenções dos profissionais (prevenindo prejuízos que daí possam resultar para a parturiente) (Premberg et al., 2010; Perdomini e Bonilha, 2011; Jardim e Penna, 2012; Tarlazzi et al., 2015). Neste tipo de experiências, os pais frequentemente adotam uma postura passiva permanecendo num canto da sala, fixando o olhar no exterior (quando existem janelas) ou manipulando o telemóvel.

**Experiências de participação na satisfação das necessidades das parturientes** - O envolvimento do pai durante o parto e a sua intenção de suportar e apoiar a parturiente focalizando-se nela e nas suas necessidades, contribui para que o alívio dor seja considerado como uma necessidade e a mobilização das estratégias

não farmacológicas como um recurso (Premberg et al., 2010; Tarlazzi et al. 2015).

A possibilidade de os pais permanecerem junto da parturiente, poderem apoiar, partilhar e experienciar a sua dor, pode ter um significado importante, pois pode ajudar a que se sintam integrados. Neste tipo de experiências, os pais participam na gestão da dor, transmitem às parturientes palavras de apoio e encorajamento, manifestam comportamentos afetivos e mobilizam algumas estratégias não farmacológicas tais como as massagens e o toque (Perdomini e Bonilha, 2011; Jardim e Penna, 2012).

Segundo Premberg et al. (2010); Perdomini e Bonilha (2011); Jardim e Penna (2012); Tarlazzi et al. (2015) cada pai desenvolve uma maneira específica para dar apoio e aliviar a dor das suas companheiras, mobilizando como estratégias: a presença física (permanecendo sentados ao lado delas), o apoio através do fornecimento de água, da alteração da posição, da realização de massagens, do riso, do silêncio e do toque. Os resultados demonstraram também que os pais descobriram o significado e a utilidade do silêncio e a importância da escolha das palavras durante o processo de dor.

De acordo com Perdomini e Bonilha (2011) alguns pais sentiram-se como cuidadores da parturiente integrando a equipa de saúde nos cuidados prestados nomeadamente na realização do banho de imersão e na utilização da bola de pilates. Além da presença física dos pais, outra forma de participação que os pais destacaram, foi o diálogo, pois consideraram que ao verbalizar palavras de apoio e de carinho, tranquilizavam a parturiente, reduzindo o desconforto e a dor.

**Experiências de mediação** - Premberg et al. (2010), destacam a participação dos pais na mediação de divergências ou conflitos entre a equipa de saúde e a parturiente face às suas necessidades de cuidados.

**Experiências de ambiguidade** - Jardim e Penna (2012); Tarlazzi et al. (2015) referem que a experiência de ser acompanhante permite ao homem viver pela primeira vez a dor materna despoletando uma ambiguidade de sentimentos.

Analisando as experiências na utilização de estratégias não farmacológicas dos quatro artigos, as massagens, o toque, o apoio verbal, a distração e a satisfação de das necessidades manifestadas pelas parturientes foram as mais utilizadas pelos pais. Os registos da utilização de outras estratégias como o auxílio durante o banho de imersão, foi apenas constatado no estudo realizado por Perdomini e Bonilha (2011) e a utilização da bola de pilates e a deambulação, nos estudos realizados por

Premberg et al. (2010) e Perdomini e Bonilha (2011). O cariz mais prático e intuitivo das primeiras estratégias, associado à falta de conhecimentos acerca dos outros métodos e ao receio de interferir no processo e na dinâmica da equipa de saúde podem ser justificativos do que foi descrito. No entanto, seria importante perceber quais os recursos que foram disponibilizados nos estudos efetuados.

Em suma, os resultados evidenciam a relação privilegiada entre o pai e a parturiente como um contributo importante para a gestão da dor durante o TP. Neste sentido, e em virtude da tipologia das experiências identificadas, emergiu a relevância da reflexão sobre a participação do pai no planeamento, na prestação e na avaliação dos cuidados que implicam a mobilização de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor durante o TP.

#### 2.2.2. Mobilização da evidência científica no decurso do estágio com relatório

De acordo com a OE (2015) para garantir a excelência dos cuidados é essencial a atualização continua dos mesmos. Como tal, a prestação de cuidados com base na evidência científica atualizada contribui para uma prática centrada na pessoa e nas suas necessidades. (OE, 2015).

Ao longo do percurso desenvolvido foi possível perceber que, apesar da evidência científica descrever as estratégias não farmacológicas que podem ser mobilizadas pelos pais em benefício do alívio da dor materna, muitos casais evidenciam um desconhecimento total das mesmas e dos recursos disponíveis.

A prática clínica desenvolvida permitiu observar alguns aspetos que pareceram estar relacionados com este desconhecimento, sendo eles: a omissão de informação sobre os recursos disponíveis por parte dos profissionais, a aparente insegurança paterna relativamente às estratégias e à sua mobilização e a falta de incentivo aos pais por parte dos profissionais.

O desconhecimento dos profissionais acerca dos fundamentos, benefícios e princípios técnicos e éticos relativos à aplicação das estratégias não farmacológicas, pode constituir um obstáculo à participação dos pais no controlo da dor das parturientes. De acordo com a APEO e FAME (2009) o acompanhamento singular por parte do enfermeiro obstetra no alívio da dor da parturiente torna-se ineficaz, quando

não é possibilitado o acompanhamento pelo seu parceiro. Os mesmos autores referem que em Portugal é verificada uma grande taxa de adesão por parte dos pais aos cursos de preparação para o parto, e que a participação destes durante o parto pode complementar os cuidados prestados pelo EEESMOG, reduzir a utilização de analgesia farmacológica, reduzir a taxa de partos instrumentalizados e contribuir para uma experiência de parto positiva.

Neste sentido, uma das estratégias adotadas para a mobilização da evidência encontrada foi a promoção de momentos de partilha e de reflexão com a equipa de enfermagem. Ao longo do processo de desenvolvimento de competências houve também o empenho na mobilização da evidência nos cuidados prestados e na sua avaliação envolvendo o enfermeiro orientador. A iniciativa e a carmotivação foram igualmente importantes para superar todos os desafios no decurso deste processo.

A integração na equipa foi um dos aspetos de maior relevância durante a prática clínica, pois permitiu a identificação de uma heterogeneidade de perspetivas relativamente à participação do pai. Apesar de se ter constatado que a maioria dos elementos da equipa mobilizavam estratégias não farmacológicas para o alívio da dor (disponíveis no serviço e de acordo com a vontade da mulher), no que diz respeito à participação do pai, a maioria da equipa considerava que tinha pouca disponibilidade de tempo para ter essa participação em consideração. Neste sentido, foi identificada pela equipa, a necessidade de criar uma ferramenta que facilitasse uma primeira abordagem desta temática junto dos casais. Não se pretendia que substituísse a orientação individualizada dos EEESMOG, nem que se tornasse um guião rígido, mas que permitisse um ponto de partida para a participação informada dos pais.

Assim procedeu-se ao planeamento e à elaboração de um folheto que foi discutido com a docente orientadora e com a equipa de enfermagem. Depois de ter sido aprovado, foi apresentado à equipa sob a forma de um memorando para a prática quotidiana dos EEESMOG.

A divulgação e mobilização da evidência junto dos casais foi sempre garantida, de forma clara, objetiva e de acordo com as necessidades de cada casal, garantindo assim a parceria do casal nos cuidados e a sua participação no processo de tomada de decisão (OE, 2015).

Sendo o parto um momento de grande vulnerabilidade para o pai (Perdomini e Bonilha, 2011), a orientação prática e a aplicação de cada estratégia foi realizada com

o apoio e a supervisão da estudante e da enfermeira orientadora. Apesar de o foco de interesse incidir sobre as experiências do pai, ao longo do percurso de aprendizagem, promoveu-se a participação dos conviventes significativos no alívio da dor mesmo nos casos em que não eram os pais. No entanto, no estágio realizado, as experiências vividas enquanto estudante, sugeriram que as parturientes eram mais recetivas à participação dos pais do que de outros conviventes. De acordo com Lopes (2006) o nível de cumplicidade e intimidade existente durante este momento justifica a opção pelo homem por parte da mulher, sendo benéficos para o bem-estar materno.

A abordagem junto dos casais implicou sempre uma avaliação prévia sobre a informação que detinham acerca das estratégias e a sobre as expectativas do casal. Depois de identificadas as necessidades de suporte verbalizadas pelos pais, eram esclarecidas todas as dúvidas e implementadas (sob supervisão) as estratégias de acordo com os desejos das parturientes. Cada plano de intervenção era ainda organizado mediante algumas informações relevantes recolhidas junto do casal, como por exemplo:

- ✓ A existência de plano de parto (escrito ou estruturado mentalmente), de forma a poder organizar as intervenções de acordo com a vontade expressa pelo casal e garantindo a segurança durante o parto;
- ✓ O grau de informação do casal sobre a fisiologia, progressão do TP e estratégias de controlo da dor;
- ✓ As experiências de parto anteriores de forma a compreender o conceito de dor, bem como a experiência acerca da utilização de estratégias não farmacológicas de alívio de dor;
- ✓ O conceito de parto, de forma a compreender a ideia do casal sobre a sua autonomia no parto;
- ✓ A recetividade e o interesse do casal acerca da participação do pai na mobilização deste tipo de estratégias para o alívio da dor.

No decurso do estágio foi perceptível que de uma forma geral os casais já se encontravam informados sobre a importância da presença do pai durante o TP, bem como sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor. Do que se pode apurar, a informação que detinham era proveniente de enfermeiros nas USF, de páginas da internet, da consulta de revistas e dos cursos de preparação para o nascimento e para a parentalidade. Não obstante a informação que possuíam acerca das diferentes

estratégias, muitas parturientes e muitos pais evidenciaram não ter informação sobre a sua utilização concreta nem terem uma decisão prévia sobre estratégias a adotar.

Neste âmbito, salienta-se a participação na prestação de cuidados a um casal com plano de parto previamente estruturado, que já incluía o pai como um participante ativo, bem como as estratégias que gostariam de utilizar durante todo o trabalho de parto. Este parto foi assistido no banco e o pai manteve-se sentado atrás da parturiente, realizando massagem e transmitindo suporte físico e emocional.

De uma forma generalizada identificou-se também que apesar do pai estar presente, os seus sentimentos e as suas necessidades não pareciam ser tidos em consideração, contrariando o que sugere a teoria do Cuidado Transpessoal de Watson (2002).

A elaboração da SR e a mobilização da evidência mapeada implicaram o desenvolvimento da capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções e o julgamento crítico e contribuíram para dar resposta à quarta competência da ICM (2013) que propõe a elevada qualidade das parteiras, através de intervenções culturalmente sensíveis que promovam e garantam a segurança durante o TP.

#### 2.2.3. Desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados à mulher, feto/RN e conviventes significativos durante o trabalho de parto, com enfoque no alívio da dor através de estratégias não farmacológicas

Relativamente ao desenvolvimento de competências foi realçada a competência específica (CE) H3. do Regulamento de competências específicas do EEESMOG (2011) que diz respeito à prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, garantindo a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina. O respeito pelo parto humanizado deve estar integrado na prática diária e ter em conta os valores, a vontade e o respeito pela mulher/casal, possibilitando-lhe uma avaliação pormenorizada e informação rigorosa, de forma a transmitir segurança (OE, 2015).

A Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson (2002) foi mobilizada durante todo o percurso efetuado.

Inserida no âmbito do ER e tendo em conta os objetivos propostos que pretenderam dar resposta às unidades de competência propostas pela OE da CE H3 apresenta-se a descrição e a análise das atividades desenvolvidas.

✓ **H3.1. Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina**

De acordo com Watson (2002) para que exista uma mudança positiva no bem-estar, devem existir em concordância uma consciência, um conhecimento das necessidades e uma intenção de atuar, tendo por base o conhecimento científico. Sendo o enfermeiro considerado como um co-participante, a atuação com base no plano de parto, onde já existe conhecimento e uma intenção de atuar, constituiu um importante alicerce dos cuidados para a redução do stress e promoção do bem-estar de cada casal, promovendo o parto fisiológico bem como a qualidade dos cuidados, que podem ser marcantes para o processo de transição para a parentalidade.

A referir que na instituição onde foi realizado o estágio, o plano de parto escrito era previamente enviado pelos casais para ser validado pela Direção Hospitalar. Contudo, no decurso do ER, observámos que no caso das utentes que não possuíam um plano de parto escrito (mesmo nas situações em que a sua admissão era feita durante o trabalho de parto), aquando da realização da entrevista para a colheita de dados, era sempre tida em consideração a identificação das suas expectativas e a promoção do exercício do direito ao consentimento informado. Referente a este aspeto a OE (2015) enfatiza que a mulher/casal sem plano de parto escrito deve ser encorajada a verbalizar todas as suas preferências, de forma a sentir que estas são suportadas.

Durante a prática clínica foi possível acompanhar 6 casais com plano de parto escrito. A negociação prévia à realização de algum ajuste relativo ao plano de parto escrito ou verbal, foi sempre tida em consideração antes da atuação, de forma a obter o consentimento esclarecido e informado do casal. Assim durante o ER, houve um forte investimento no desenvolvimento de competências e de atividades inerentes à informação, da parturiente/pai (mesmo nos casais com plano de parto prévio), e ao

apoio (físico, emocional, psicológico e de proteção) durante o TP. A escuta ativa foi uma estratégia fundamental que foi sendo desenvolvida e que permitiu a detecção precoce de necessidades de intervenção mais específicas.

De acordo com Lowdermilk e Perry (2008), a comunicação durante o processo terapêutico pode determinar a adesão e a participação do casal no processo de autocuidado e ser um contributo para a vivência positiva da experiência de parto. Neste sentido, durante a prestação de cuidados foi garantida a privacidade do casal e promovido um ambiente tranquilo, acolhedor e seguro, que possibilitasse a comunicação eficaz. Estas intervenções pretenderam desenvolver também as competências de comunicação e de atenção propostas pela ICM (2013). Com a transmissão da informação de forma clara e a explicação de todos os procedimentos a realizar face à especificidade de cada situação, promoveu-se o desenvolvimento da confiança permitindo integrar o casal como parceiro no plano de cuidados estabelecido e consentido pelos mesmos.

A transmissão de segurança inerente à presença do acompanhante durante o TP esteve sempre presente nas experiências vividas. Dos 63 partos eutócicos assistidos, foi possível verificar que a sua maioria das parturientes optou pela presença do pai, 3 pela doula, 10 pela mãe (adolescentes e gravidez não planeada) e 5 optaram por não ter acompanhamento. Nos 20 partos distócicos participados (10 cesarianas, 6 ventosas, 2 fórceps e 2 ventosa + fórceps), foi sempre respeitada a vontade das parturientes e os acompanhantes permaneceram junto delas. Observámos ainda, que nessas situações o apoio, orientação e suporte emocional que proporcionaram, pareciam ser muito valorizados pelas parturientes.

Apesar de o foco da temática se centrar nos pais, a possibilidade de participação de um outro acompanhante (que não fosse o pai) ao nível da aplicação das estratégias não farmacológicas para alívio da dor foi possibilitada a todas as parturientes nos partos assistidos. A proposta de participação a outros acompanhantes só teve a aceitação de 4 parturientes acompanhadas pelas mães e de 1 que se encontrava acompanhada por uma doula. Jardim e Penna (2012) consideram que no caso das parturientes acompanhadas por outro convivente significativo a opção pela sua participação pode ser maioritariamente recusada, pelas experiências negativas anteriores inerentes à vivência da gravidez atual (ex.



adolescência e gravidez não planeada) e a sua aplicação por outra pessoa pode não se revelar tão eficaz.

O reconhecimento do companheiro como um parceiro de cuidados, pode ter vários benefícios. Segundo Gungor e Beji (2007), contribui de forma positiva para a progressão do TP, aumenta a segurança e autocontrolo feminino, reduz a utilização de analgesia farmacológica, promove a satisfação materna, contribui para um menor desgaste físico e emocional, aumenta os laços entre a tríade, contribui para os processos de vinculação e de transição para a parentalidade.

Tal como proposto por Watson (2002) na Teoria do Cuidado Transpessoal a consideração do pai como um parceiro de cuidados, requereu sempre a identificação inicial das suas necessidades e a sua consideração como sujeito dos cuidados prestados. A referir que dos partos eutócicos assistidos e dos distócicos participados (nos quais as parturientes se encontravam acompanhadas), os acompanhantes estiverem maioritariamente presentes durante o 1º e 2º estágio do TP, 5 acompanhantes pediram para sair durante o período expulsivo e em 2 situações, a saída do acompanhante foi solicitada pela parturiente.

A opção pela presença de um acompanhante é um direito da mulher tanto nos partos vaginais [Lei nº 14/85 de 6 de julho (Portugal, 1985)], como nos partos por cesariana [Despacho n.º 5344-A/2016 do Diário da República]. No entanto, e de acordo com Lopes (2006) existe um número significativo de mulheres que optam pela ausência do homem neste período, pelo impacto que consideram que poderá existir na sexualidade do casal nos meses seguintes. Estes dados permitem refletir sobre a importância da intervenção do EEESMOG no período pré-natal, desenvolvendo uma abordagem sobre a importância e as vantagens da participação do pai e uma preparação prévia do casal promovendo também a sua saúde sexual.

A promoção do bem-estar, a prevenção e controlo da dor da parturiente no primeiro estágio do TP foram proporcionadas de acordo com os recursos disponibilizados pela instituição. Durante o primeiro estágio de TP, foi proporcionada a liberdade de movimentos e foi disponibilizada informação sobre os benefícios das posições verticalizadas quer para o alívio da dor quer para a progressão do TP. Assim as parturientes foram incentivadas a deambular de forma livre e a utilizarem a bola de pilates, as lianas e os “degraus” disponíveis no serviço. A eliminação vesical espontânea foi incentivada e por vezes foi utilizada como estratégia promotora da

verticalização. A vigilância do bem-estar materno-fetal foi realizada com recurso à monitorização cardiotocográfica (CTG) por telemetria. O posicionamento, o recurso à música, a hidroterapia, a ingestão de líquidos e gelatinas foram sempre garantidos como estratégias promotoras do bem-estar.

O pai foi incluído nas situações em que era essa a vontade da parturiente, em que o mesmo se encontrava presente e em que o próprio pretendia ser incluído. Das situações em que participámos constatámos que depois de disponibilizada informação, os casais adaptavam as estratégias de acordo com as necessidades da parturiente. Assim relativamente às experiências a que pudemos assistir e que envolveram a mobilização de estratégias não farmacológicas durante o TP, os pais recorreram às massagens, suporte físico, suporte na utilização de recursos e na execução dos exercícios de respiração e relaxamento, apoio na deambulação, alteração da música/luminosidade, apoio na ingestão hídrica, demonstração de carinho e transmissão de segurança.

A massagem/toque e o uso da bola de nascimento foram as estratégias mais utilizadas e referidas como mais satisfatórias por parte das parturientes ao nível do alívio da dor, indo ao encontro dos resultados dos estudos realizados por Perdomini e Bonilha (2011). A distração e a conversação foram outras estratégias não farmacológicas utilizadas pelos pais e que pareceram contribuir para estimular a descontração e muitas vezes o riso da parturiente. Esta maior receptividade na aplicação destas estratégias deve-se, de acordo com Perdomini e Bonilha (2011), à maior facilidade e acessibilidade na sua aplicação.

A hidroterapia é uma das estratégias apontadas pelos autores como eficaz no alívio da dor e que permite a participação paterna. Não obstante, esta estratégia ter sido disponibilizada às parturientes (e ter sido constatada a sua eficácia), devido à estrutura física do serviço não foi possível facultar a participação paterna.

No período expulsivo os pais foram sempre incentivados a participarem. Durante este período a participação dos pais no suporte emocional e físico (apoio e massagem) nas parturientes que optaram por posições verticalizadas, pareceu proporcionar um maior alívio e autocontrolo nas parturientes.

Relativamente ao uso de estratégias não farmacológicas em que houve a participação do pai na sua mobilização, considerou-se que as mulheres exprimiam maior satisfação e que o recurso a estratégias farmacológicas era menos frequente.

Indo ao encontro com o descrito na literatura de Couto (2006) e Almeida (2016) o casal preparado e integrado para lidar com a dor através de estratégias não farmacológicas reduz os níveis de ansiedade, e necessidade de utilização de analgesia farmacológica.

Ao longo do percurso realizado, a participação paterna pareceu contribuir para experiências positivas e marcantes tanto no homem como na mulher, que foram sendo manifestadas pelos casais ao longo de toda a prática clínica. O conforto, a tranquilidade, a segurança, o apoio no autocontrolo, uma maior satisfação e receptividade aos intervenientes externos (profissionais de saúde) foram os aspetos mais verbalizados pelas parturientes acompanhadas. Quanto às experiências masculinas, a satisfação conseguida através da participação foi o sentimento verbalizado com mais frequência. Ao nível do casal assistiu-se a manifestações de carinho/apoio emocional mais regulares, que culminavam em momentos de grande emoção com o nascimento do seu filho, benéficos para os processos de transição.

O recurso a métodos farmacológicos para alívio da dor foi sempre utilizado nas situações em que era essa a opção da parturiente. Na fase ativa, algumas mulheres optaram também por analgesia endovenosa e outras pela realização de analgesia loco-regional, mantendo a utilização das estratégias não farmacológicas. A liberdade de movimentos mesmo após analgesia loco-regional foi sempre respeitada mediante a avaliação prévia da sensibilidade e do bem-estar materno-fetal.

As técnicas farmacológicas loco-regionais utilizadas em contexto clínico incluíam a analgesia epidural (analgesia por bloqueio epidural e a analgesia sequencial (analgesia por bloqueio subaracnoide), sendo os critérios de escolha avaliados e decididos pelo anestesista (Bismarck, 2003). De acordo com Graça (2010), o pedido da grávida é um critério suficiente para iniciar de imediato a analgesia do trabalho de parto, incluindo a analgesia loco-regional e recomenda a sua realização independentemente do estágio do TP. Contudo, durante o percurso realizado constatou-se que este recurso por vezes só é considerado adequado para as parturientes com 3 cm ou mais de dilatação.

Relativamente ao uso de analgesia farmacológica é ainda de salientar o uso da analgesia por via inalatória que, de acordo com Bismarck (2003), não origina um alívio completo da dor grave do TP, mas promove uma analgesia significativa que permite uma melhor participação materna. Esta técnica demonstrou-se eficaz em 8 casais

onde para além de toda a informação disponibilizada sobre a mesma, foi garantida a supervisão da autoadministração de forma alcançar o alívio pretendido.

A promoção da vinculação entre a tríade foi realizada desde a admissão dos casais. A sensibilização da comunicação do casal com o feto, foi um dos aspetos considerados pelos mesmos como mais gratificante e que pareceu contribuir para facilitar a vinculação entre os vários elementos. A comunicação intra-uterina pode ajudar a reduzir os efeitos negativos como a ansiedade e o stress, influenciando positivamente a gratificação materna e por sua vez o processo de vinculação (Silva, 2014).

O contacto pele a pele imediato foi também promovido e foi realizado de acordo com a vontade dos pais. Realça-se ainda que a possibilidade da realização deste contacto, foi proposta tanto à mãe como ao pai, sendo que nas experiências assistidas só um dos pais é que realizou o contacto pele a pele. Segundo (Franco et al, 2014), o contacto precoce também apresenta benefícios para o sucesso e a duração do aleitamento materno. Relativamente à amamentação, das mulheres que tinham manifestado a intenção de amamentar, todas amamentaram na primeira hora de vida.

A clampagem tardia do cordão, bem como o corte do mesmo pelo acompanhante ou pela mãe também foram proporcionadas como estratégias promotoras de vinculação e de participação. Neste sentido, também a prestação de cuidados ao RN junto dos casais e sempre que possível pelo pai foram priorizados (com recurso ao carrinho de cuidados ao RN disponível no serviço) mediante supervisão e suporte. Estas estratégias foram trabalhadas com cada casal no momento da admissão, de forma a respeitar a manifestação de vontade dos mesmos e a capacitá-los para a tomada de decisão. Tal como proposto por Watson (2002), estas estratégias tiveram por base a avaliação dos conhecimentos e os desejos de cada casal, sendo a informação facultada de forma clara e esclarecida, de forma a promover o envolvimento positivo.

✓ **H3.2. Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido**

De acordo com a APEO e a FAME (2009) o partograma é um instrumento essencial para a monitorização de todo o TP. Durante o percurso de desenvolvimento de competências, a sua utilização e interpretação promoveu o aprofundamento da aprendizagem sobre a dinâmica e a progressão de cada TP, sobre a identificação de problemas e sobre a prevenção de complicações durante o TP. A avaliação dos sinais vitais maternos, da frequência cardíaca fetal (FCF), da estática fetal, da integridade das membranas, das características do líquido amniótico (LA), da dilatação cervical e dinâmica uterina (APEO e FAME, 2009) permitiram avaliar e diagnosticar precocemente fatores que podiam influenciar negativamente o TP, a saúde da mãe e do RN.

A avaliação das características do colo uterino, da estrutura da bacia, da estática e do bem-estar fetal foram inicialmente realizadas com o apoio da senhora enfermeira orientadora e posteriormente executadas e aperfeiçoadas sob a sua supervisão.

A monitorização e interpretação dos traçados resultantes da monitorização com CTG foi outros dos aspetos desenvolvidos, utilizando a classificação da ACOG para a interpretação e validação de alguma alteração no bem-estar fetal.

Esta interpretação aliada à utilização do partograma permite planear e gerir as intervenções, atuando em conformidade de forma a prevenir complicações (OE, 2015). Os planos de cuidados foram realizados através desta análise detalhada.

Nas situações em que foram diagnosticadas complicações, a validação com a senhora enfermeira orientadora foi sempre realizada e nalguns casos foi também realizada a referenciação de situações que estavam para além da área de atuação do EEESMOG. As situações que foram detetadas com mais frequência, foram CTG de categoria II, presença de LA meconial, incompatibilidade feto-pélvica e hipertonia uterina. Os registos foram realizados no partograma e em documento próprio da instituição, bem como em sistema informático de forma a garantir a continuidade dos cuidados.

Durante o ER foram realizadas e registadas 10 amniotomias, 4 aminioinfusões e 4 monitorizações internas. A alternância dos posicionamentos maternos de acordo com a progressão do TP, a administração de analgesia farmacológica para o alívio da

dor bem como o recurso a estratégias não farmacológicas, a ingestão de líquidos e o controlo da eliminação vesical foram dados relevantes e facilitadores para a compreensão da dinâmica e progressão do TP e foram referidos nos registos de enfermagem.

Em cerca de um terço das situações, a evolução do TP ocorreu com recurso a perfusão de ocitocina. A administração de fluidos por via endovenosa foi realizada a cerca de metade das parturientes, em situações em que a hidratação oral não foi bem tolerada ou em que se identificaram alterações no bem-estar materno-fetal. A eliminação vesical espontânea foi sempre promovida e respeitada, mas em 3 situações houve necessidade de recorrer ao esvaziamento vesical, aparentemente devido ao efeito da analgesia loco-regional.

As intervenções desenvolvidas respeitaram a proposta da OE e da APEO (2012) que refere que a necessidade da realização de intervenções deve ser ponderada mediante a avaliação da sua necessidade e que a prática rotineira sem suporte de evidência científica deve ser evitada.

O acolhimento e o acompanhamento de parturientes durante o primeiro estágio do TP foram realizados a 93 casais que foram admitidos para indução do TP, por situações patológicas que implicaram uma maior necessidade de vigilância materno-fetal, por situações de alterações no bem-estar materno fetal e em situações de TP espontâneo.

O acolhimento e a participação na prestação de cuidados também englobaram 10 casais submetidos a cesarianas eletivas.

Relativamente ao 2º estágio do TP foram acompanhados 63 partos eutócicos. A idade gestacional variou entre as 34 e as 41 semanas e as idades maternas variaram entre os 16 e os 45 anos de idade. Desta experiência, salienta-se ainda a colaboração em três partos pré-termo.

De acordo com a APEO e a FAME (2009) a verticalização deve ser sempre privilegiada, de forma a facilitar a descida da apresentação fetal e consequentemente o reflexo de Ferguson. A utilização, de posições verticalizadas verificou-se em 60 partos e foram utilizados como recursos: a bola de pilates, o banco de parto, a cadeira de parto e as cabeceiras das camas. As várias posições foram possibilitadas e alteradas durante o parto, respeitando a vontade da mulher, potenciando a sua dinâmica e mecânica corporal e promovendo o bem-estar e conforto da mesma.

Nestes partos, o período expulsivo ocorreu na sua maioria em posição sentada, e os restantes em posição de pé, de lado, de cócoras e de gatas. Três mulheres não toleraram a verticalização, sendo os partos assistidos em posição de litotomia pelo conforto manifestado pelas parturientes.

Os casais na sua maioria mostraram disponibilidade para a utilização destas posições e alguns referiram que a opção pelo parto na instituição se deveu à reputação positiva relativamente à verticalização dos partos e ao respeito pelo parto fisiológico.

A prática de episiotomias não foi utilizada nos partos assistidos e ocorreram lacerações de grau I e 15 lacerações de grau II.

Os pais que participaram na mobilização de estratégias não farmacológicas para alívio da dor da parturiente, foram incentivados a apoiar fisicamente e emocionalmente as parturientes durante os partos verticalizados.

O investimento pessoal teórico, aliado à experiência da senhora enfermeira orientadora relativamente à utilização de posições verticalizadas e à sua receptividade para a minha temática constituíram-se como aspetos fundamentais para o sucesso do percurso realizado. A verbalização de satisfação e bem-estar pelo casal durante a assistência prestada foi gratificante a nível pessoal e a nível profissional.

Nos 63 partos assistidos, todos os fetos se encontravam em posição cefálica e 2 em posição posterior. Foi ainda possível observar um parto pélvico assistido pela equipa médica no SUOG.

Em 5 dos partos assistidos verificou-se proclividade da mão e em 17 constatou-se a presença de circulares cervicais do cordão umbilical. Na sua maioria consistiram em circulares cervicais largas que permitiram a passagem da apresentação. Contudo, em 5 das situações foi necessário recorrer à clampagem e ao corte do cordão. Durante o estágio realizado não foi possível observar, nem praticar a manobra de Somersault referida pela OE (2015). A clampagem tardia do cordão foi promovida à exceção das situações acima descritas e de duas situações em que foi solicitada a colheita de sangue do cordão umbilical para criopreservação de células estaminais.

O peso dos RN assistidos variou entre os 2780gr e os 5010gr. O valor mais baixo de IA ao primeiro minuto foi de 6, seguido de um de 9, constatando-se nas situações em que ocorreram duas circulares cervicais. Nas situações de prematuridade, destaca-se a transferência para a unidade de cuidados intensivos

neonatais (UCIN) de um RN prematuro (28 semanas e 6 dias) com 758 gramas nascido por cesariana. Na situação em particular, foi possível observar os procedimentos de emergência e relembrar os conceitos e o fluxograma da reanimação neonatal lecionados em sala de aula de acordo com a *American Heart Association Guidelines* (2010).

Além da prestação de cuidados imediatos aos 63 RN dos partos assistidos, foram ainda realizadas observações e prestados cuidados a 35 RN de partos realizados por outros profissionais, incluindo 2 partos gemelares por cesariana.

A prestação de cuidados à mulher/família/RN no quarto estágio do TP, foi também privilegiada no decurso do ER e contribui para consolidar a CE H4. do cuidado à mulher/RN inseridos na família e comunidade durante o período pós-natal.

Assim a prestação de cuidados foi realizada tendo por base a promoção da saúde e o bem-estar do casal e do feto/RN. O apoio no processo de transição para a parentalidade foi garantido promovendo privacidade, facilitando a inclusão da família no processo, demonstrando disponibilidade e incentivando o pai a realizar os cuidados ao RN.

Durante este estágio foram desenvolvidas atividades de vigilância e avaliação da saúde da puérpera e de apoio na amamentação prevenindo complicações. Neste âmbito realça-se a deteção de uma hipotonia uterina e uma situação de rejeição materna do RN.

### ✓ **H3.3. Providencia cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto**

Durante o ER a preocupação em aumentar a confiança dos pais e promover uma experiência de parto positiva esteve sempre presente.

A avaliação das necessidades, permitiu direccionar as intervenções de forma a garantir um ambiente positivo, a salvaguardar a privacidade e a intimidade e a privilegiar apoio e suporte (emocional e psicológico) às parturientes e aos pais.

A utilização de uma linguagem adequada às especificidades da situação e do casal foi uma preocupação constante. Circunstancialmente a clarificação de termos técnicos contribuiu para fortalecer a parceria entre os cuidadores e os sujeitos de cuidados. De acordo com a OE (2015) as palavras dirigidas a uma mulher em trabalho



de parto podem ser facilitadoras ou dificultadoras de todo o processo. Neste âmbito e em situações mais complexas clinicamente, procurou-se sempre envolver a parturiente e o pai de acordo com uma identificação prévia da sua capacidade para gerir a informação.

A capacidade de comunicação foi desenvolvida ao longo do percurso de aprendizagem. A orientação seguida pela senhora enfermeira orientadora, revelaram-se fundamentais nos primeiros contactos com os casais, estimulando a reflexão sobre a adequação da comunicação a cada mulher/casal.

As intervenções centradas nas necessidades do casal, promovendo a participação paterna como um contributo essencial durante o parto, permitiram a criação de um ambiente único em cada parto, percecionando-se em algumas ocasiões uma proximidade gratificante entre o casal.

A Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson (2002) constituiu um grande alicerce para o percurso desenvolvido pois permitiu a introspeção pessoal enquanto co-participante nos cuidados prestados a cada casal. Esta abordagem permitiu avaliar a intenção paterna de participar, avaliar as suas necessidades de suporte e planear as estratégias para a capacitação do casal.

As situações de patologia associada foram muito diversificadas e incluíram: alterações fetais, alterações de fluxo cerebral, restrição do crescimento intrauterino, patologia hipertensiva, diabetes gestacional, patologia cardíaca e patologia osteoarticular da coluna. A necessidade de uma vastidão de conhecimentos teóricos e teórico-práticos inerente a cada patologia e a cada situação específica, a sua mobilização e o estabelecimento de prioridades consistiram num grande desafio durante este estágio. Neste âmbito é de salientar a existência de protocolos no serviço nos casos de pré-eclampsia, hipertensão induzida pela gravidez, hipertensão crónica, diabetes prévia ou diabetes gestacional, que foram importantes como orientadores da atuação prática.

Realça-se ainda a experiência no acolhimento e acompanhamento dos casais durante os processos e protocolos previamente definidos, tais como a neuroprotecção fetal.

No terceiro estágio do TP verificou-se que a maioria das mulheres apresentaram dequitudas naturais e completas e foram observados os mecanismos de descolamento de Duncan e de Schultz. Neste âmbito, destaca-se uma situação

que foi referenciada para a equipa médica para realização de dequitação manual. Durante esta técnica foi possibilitada a presença e o acompanhamento da mulher, pelo que para além da experiência de aprendizagem proporcionada a nível pessoal, revelou-se igualmente importante para a mulher na clarificação da linguagem acerca dos procedimentos realizados.

A avaliação da involução uterina é fundamental para a prevenção de hemorragias pós-parto e para a identificação de problemas. Esta intervenção bem como a observação das características das membranas, da placenta e do cordão foram garantidas e realizadas de forma pormenorizada a cada mulher depois da dequitação. Não foi observada nenhuma situação de alteração da involução uterina.

Após a realização da avaliação das puérperas, na maioria das situações foi administrada a perfusão ocitócica como método profilático da hemorragia pós-parto. De salientar a recusa de duas puérperas para a administração deste fármaco que se encontrava expressa no plano de parto. Neste caso foi considerado o direito ao dissentimento informado.

Relativamente às lacerações perineais que ocorreram nos partos assistidos e que já foram descritas, procedeu-se à sua sutura de acordo com as necessidades identificadas. Inicialmente esta intervenção foi a que implicou maiores dificuldades pelas especificidades técnicas. Procurando identificar a evolução cicatricial das lacerações suturadas e o seu impacto no bem-estar das puérperas, uma das estratégias desenvolvidas foi a visitação das mulheres no serviço de puerpério e a sua observação.

#### 2.2.4. Reflexão sobre o percurso de aprendizagem desenvolvido

Refletir permite analisar o percurso desenvolvido e as competências adquiridas. Tal como é proposto pela OE (2015) a prática de cuidados especializados exige a análise detalhada de todas as intervenções e requer ações que promovam a qualidade dos cuidados prestados aos casais e RN, promovendo a segurança e o bem-estar como enfoque do processo de cuidar. Assim o registo e a reflexão sobre as atividades desenvolvidas constituíram-se como uma base para a realização deste relatório que se pretendeu analítico.

A pesquisa bibliográfica e a atualização de conhecimentos, foram ferramentas essenciais para o desenvolvimento de uma prática segura baseada na evidência científica. A autonomia conquistada no acompanhamento dos casais e nos processos de tomada de decisão, ilustrou as competências desenvolvidas ao longo da aprendizagem que resultou de muito empenho e dedicação.

Os jornais de aprendizagem realizados e as reuniões de orientação pedagógica com a docente orientadora ao longo do percurso estimularam a reflexão e a introspeção sobre as situações vivenciadas durante o ER e sobre a aprendizagem desenvolvida.

Relativamente à mobilização da evidência científica durante o ER é de considerar a sua mais-valia. A participação nas experiências vividas pelos casais nomeadamente na mobilização de estratégias não farmacológicas para alívio da dor durante o trabalho de parto permitiu integrar aspetos da teoria e identificar especificidades implicadas nas experiências.

Apesar de toda a ambivalência de sentimentos inicial inerentes ao desconhecimento do contexto e à inexperiência na área, o processo de aprendizagem decorreu de forma gradual, sendo o apoio de toda a equipa local e docente fundamentais para o desenvolvimento das competências exigidas.

### **2.3. Limitações do percurso de desenvolvimento de competências e aspetos éticos**

Como uma limitação do percurso de desenvolvimento de competências é de referir a inexperiência relativamente à realização das SR como estratégia para o mapeamento de evidência científica. Esta inexperiência implicou dificuldades na gestão do tempo e na concretização da revisão.

Outro tipo de limitações esteve relacionado com a inexperiência profissional no âmbito da saúde materna e da obstetrícia, o que implicou alguma insegurança inicial. Contudo, o apoio da senhora enfermeira orientadora desde o início, o incentivo recebido pelos outros elementos da equipa e pelos utentes, contribuíram para que a adaptação fosse gradual e com impacto positivo no desenvolvimento de competências como futura EEESMOG.

A necessidade de estudo em simultâneo com a prática profissional poderá ter sido uma limitação à proposta e realização de mais atividades para concretização dos objetivos propostos.

Por fim, deve ser também referido como limitação o tempo da execução do relatório, que por motivos pessoais aumentou o espaço temporal da sua execução e posterior entrega, o que pode ter influenciado a capacidade de descrição de algumas situações vivenciadas durante o percurso de desenvolvimento de competências.

No que diz respeito aos aspetos éticos, no presente relatório e durante o ER, foi garantido o sigilo profissional, e a confidencialidade aos sujeitos envolvidos. Foi sempre respeitado o direito das utentes ao consentimento informado livre e esclarecido. Durante todo o processo de desenvolvimento de competências foi salvaguardada a intimidade e a privacidade da mulher e da família. No contato com os casais, estes foram sempre previamente elucidados sobre a situação de aprendizagem inerente à realização do ER.

### **3. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA**

A realização deste trabalho pretendeu reforçar a importância do respeito pela decisão livre e esclarecida do casal. A reflexão sobre as práticas dirigidas à mulher/casal de forma individual potenciando a sua autonomia teve sempre em consideração a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Tal como referem Santos e Fernandes (2004) a reflexão permite melhorar a aptidão e o interesse para fazer certo à primeira vez e da próxima vez.

Os momentos de partilha com a equipa de enfermagem procuraram suscitar a reflexão acerca da importância da mobilização das estratégias não farmacológicas para o alívio da dor da parturiente e da participação ativa do pai neste processo. Neste âmbito pretendeu ainda contribuir para a promoção do parto fisiológico, natural e humanizado.

Salienta-se ainda como contributo a realização da SR e o reconhecimento da importância do mapeamento e da mobilização de evidência científica atualizada como fundamento de uma prática baseada na evidência.

A elaboração do folheto constituiu ainda um contributo interessante para a prática pois para além de ter sido uma estratégia utilizada no decurso do estágio, foi distribuído aos enfermeiros e tanto quanto pode ser observado, foi utilizado por alguns como um contributo para a promoção da participação do pai na mobilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor da parturiente.

Neste contexto, sendo a dor um aspeto preocupante referido pelos homens e a presença paterna um aspeto fundamental para a parturiente, tendo em conta Watson (2002) que nos sugere que, a intenção de atuar deve ocorrer quando existe uma validação das necessidades prévias, torna-se importante refletir sobre neste cuidado para além do momento do TP. Assim tendo em conta as competências do EEESMOG, este trabalho sugere a importância da abordagem desta temática junto dos casais durante a gravidez, por exemplo: nos cursos de preparação e apoio para o nascimento/Parentalidade, nas consultas de vigilância pré-natal e na divulgação de informação fidedigna através de plataformas virtuais.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A elaboração deste relatório consistiu num momento fundamental, que possibilitou a reflexão e a análise crítica sobre o percurso de aquisição de competências realizado. A mobilização da teoria durante a prática clínica estimulou a pesquisa e a procura de evidência científica atualizada promovendo a prática baseada na evidência. (OE, 2015)

Neste sentido considera-se que todas as atividades realizadas permitiram desenvolver os conhecimentos implicados no cuidado especializado à mulher/família e garantir a qualidade dos cuidados prestados.

O processo de formação desenvolvido ao longo deste percurso e as opções metodológicas permitiram dar resposta aos desafios propostos.

A inexperiência na área foi um desafio que implicou persistência, estudo, capacidade de integração e que foi amenizado com o apoio dos enfermeiros obstetras durante os ensinamentos clínicos e o ER. A autonomia progressiva, adquirida através do desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e éticas ao longo do percurso foi a prova da evolução e da superação das dificuldades inicialmente sentidas.

A participação dos pais na mobilização de estratégias não farmacológicas foi realizada com sucesso na maioria dos casais assistidos. A realização da SR foi um alicerce para o planeamento das atividades e para a sua avaliação. O recurso às estratégias não farmacológicas e participação do pai na sua mobilização potenciam o alívio da dor proporcionando bem-estar e conforto à parturiente. A tipificação e análise dos resultados da SR sobre as experiências de participação dos pais, permitiu que durante o percurso fossem tidos em consideração os aspetos que poderiam ser considerados como constrangimentos.

A teoria do cuidado Transpessoal de Watson foi a teoria escolhida para nortear todo o percurso realizado. A aplicação de estratégias não farmacológicas implica conhecimento e intimidade entre o casal, pelo que a atuação em conformidade exigiu, uma avaliação rigorosa das necessidades individuais de cada díade/tríade de forma a garantir os cuidados centrados na pessoa. Considera-se ainda que a prática baseada nesta teórica realçou o papel do pai para além da visão redutora de facilitador do bem-estar materno. A proposta de Watson (2002) do enfermeiro enquanto coparticipante

possibilitou que cada pai fosse incluído no plano de cuidados definido para cada casal, com necessidades de intervenção diversas e específicas.

O EEESMO possui competências específicas que privilegiam o parto natural e o bem-estar do casal (OE, 2011) e as estratégias não farmacológicas constituem uma aposta em constante desenvolvimento para a qualidade dos cuidados (OMS, 1996). Assim, a orientação paterna para a sua aplicação é um dever de todos os enfermeiros obstetras implicando o incentivo dos pais durante o TP e a existência de recursos.

Neste sentido, torna-se fundamental divulgar junto dos casais e principalmente junto dos profissionais de saúde, as vantagens que emergem da evidência científica atual. A formação contínua e a divulgação da evidência científica sobre as estratégias não farmacológicas de alívio da dor e sobre a participação dos pais na sua aplicação, podem garantir o sucesso e a segurança das intervenções.

Contudo, durante o percurso realizado percecionou-se o desconhecimento de alguns casais relativamente à temática em estudo, o que sugeriu a necessidade de analisar as estratégias que têm sido desenvolvidas e de refletir sobre as atividades que podem ser planeadas para colmatar as lacunas existentes. Neste sentido, pretende este relatório sensibilizar para a importância da inclusão desta temática na vigilância pré-natal tendo como objetivo capacitar os pais para a tomada de decisão e para a sua participação voluntária e informada.

No desenvolvimento de competências destaco o apoio da enfermeira orientadora e a motivação da equipa de enfermagem como fundamentais para o sucesso das intervenções realizadas junto dos casais e junto da equipa de saúde. Os momentos de reflexão, orientação pedagógica e pesquisa bibliográfica, permitiram desenvolver o pensamento crítico e as competências para o cuidar humanizado e especializado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia. No entanto, a autonomia e a excelência de cuidados exigem processos contínuos de investimento profissional e académicos ao longo da prática diária que devem ser mantidos. Futuramente, no caso da temática em análise, a pesquisa da evidência e a partilha da mesma através da sua divulgação e publicação são objetivos que se pretendem alcançar no decorrer da prática profissional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, I. (2016). Cursos Para Pais – Preparar a chegada do bebé. *Revista A Nossa Gravidez – Guia para pais Grávidos*. N. 22. Goody S. A. Lisboa.
- American Heart Association Guidelines, (2010). *Neonatal Resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*. Acedido a: 01-03-2017. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/126/5/e1400>
- Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras & Federación de Asociaciones de Matronas de España, (2009). *Iniciativa parto normal - Documento de consenso*. Loures: Lusodidacta.
- Associação Portuguesa pelos Direitos das Mulheres na Gravidez e Parto, (2015). *O Plano de Parto ou Plano de Nascimento*. Acedido a: 16-06- 2016. Disponível em: <http://www.associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2015/02/Plano-de-Parto-APDMGP.pdf>
- Augusto, A. (2014). Metodologias quantitativas/metodologias qualitativas: mais do que uma questão de preferência. Fórum Sociológico [Online], 24 | 2014. Acedido a 05-03-2018. Disponível em: <http://sociologico.revues.org/1073> ; DOI : 10.4000/sociologico.1073.
- Baden-Powell, G. L. (2007). *Escutismo para Rapazes*. Corpo Nacional de Escutas (Departamento Nacional de Publicações). ISBN 972- 740 - 149 – X.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito*. (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Bismarck, J. (2003). *Analgesia em Obstetrícia*. Biblioteca da Dor. Permanyer Portugal, ISBN: 972-733-138-6. Lisboa. Acedido a: 02-05-2018. Disponível em: [http://www.aped-dor.org/images/biblioteca\\_dor/documentos/Analgesia\\_em\\_Obstetricia.pdf](http://www.aped-dor.org/images/biblioteca_dor/documentos/Analgesia_em_Obstetricia.pdf)
- Canavarro, M.,C. e Pedrosa, A.,A. (2005). *Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas*. In LEAL, Isabel - Psicologia da gravidez e da parentalidade. Lisboa: Fim de Século.



- Carvalho, M. (2014). *Reflexo de um Caminho Percorrido: Processo de Aprendizagem no Contexto da Prática. A Satisfação da Mulher com o Trabalho de Parto e Parto: Relação com as suas Expectativas e Experiências. Revisão Integrativa da Literatura*. Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Escola Superior De Enfermagem Do Porto, Porto.
- Circular Normativa Nº 09/DGCG, de 14/06/2003. *A Dor como 5º Sinal Vital – Registo Sistemático da Intensidade da dor*. Acedido a: 15/04/2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
- Couto, G. (2006). *Conceptualização Pelos Enfermeiros De Preparação Para O Parto*. Dissertação de candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto.
- Davim, R., Torres, G. e Dantas, J. (2009). *Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto*. Rev Esc Enferm USP 2009; 43(2): 438-45. Acedido a 31/01/2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en\\_a25v43n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a25v43n2.pdf)
- Draper, J. (2003). *Men's passage to fatherhood: An analysis of the contemporary relevance of transition theory*. Nursing Inquiry [Em linha]. Vol. 10, nº1, p.66–78. Consultado a: 14/04/2017. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365>
- Despacho n.º 5344-A/2016. Estabelece as medidas e procedimentos necessários para que o pai, ou outra pessoa significativa, possa estar presente num bloco operatório para assistir ao nascimento de uma criança por cesariana. Diário da República n.º 76/2016, 1º Suplemento, Série II de 2016-04-19.
- Direção Geral de Saúde, (2013). *Plano estratégico nacional de prevenção e controlo da dor (penpcdor)*. Acedido: a 13-06-2016. Disponível em: <https://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>

- Fernandes, O. (2016). Ser Família. *Revista A Nossa Gravidez – Guia para pais Grávidos*. N. 22. Goody S. A. Lisboa.
- Frello, A., T. e Carraro, T., E. (2010). *Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto*. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. v.12, n. 4, pp. 660-8. Acedido a: 15/01/2016. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7056/8487>
- Franco, S., Calafatinho, D., Abade, L., Ornelas, M. e Oliveira, S. (2014). *O Contacto Precoce Pele a Pele na Sala de Partos*. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a: 24-04-2017. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/ARTIGOS%20ENFERMEIROS%202013%20A%202015/Artigo%20-%20O%20Contacto%20Precoce%20Pele%20a%20Pele%20na%20Sala%20de%20Partos%20abril2014%20-%20C%C3%B3pia.pdf>
- Frutuoso L. (2014). *Promoção da Participação Ativa do Pai durante o Trabalho de Parto*. Universidade de Trás os Montes, Viana do Castelo.
- Galvão, C. e Sawada, N. (2003). Prática baseada em evidências: estratégias para sua implementação na enfermagem. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF) 2003; 56(1): 57-60.
- Gayeski, M. e Brüggemann, O. (2010). *Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática*. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, Out-Dez; 19(4): 774-82.
- Gomez, R. (2016). Emoções no pai – o que muda no homem. *Revista A Nossa Gravidez – Guia para pais Grávidos* N. 22. Goody S. A. Lisboa.
- Graça, L., M. (2010). *Medicina Materno-Fetal (3ª ed)*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Gungor, I. e Beji, N., K. (2007). *Effects of Fathers' Attendance to Labor and Delivery on the Experience of Childbirth in Turkey*. *Western Journal of Nursing Research*. (29)2. 213-231. DOI: 10.1177/0193945906292538.
- Holanda, A. (2006). Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. *Análise Psicológica*, 3 (XXIV): 363-372. ISPA.

- International Confederation of Midwives, (2013). *Essential competencies for basic midwifery practice*. Hague: ICM. Acedido a 20/05/2017. Disponível em: <http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>
- Jardim, D. e Penna, C. (2012). Pai-acompanhante e sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho. *reme – Rev. Min. Enferm.*;16(3): 373- 381, jul./set.
- JBÍ, (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*: 2015 edition. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.
- JBÍ, (2017). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*. Acedido a: 02/03/2018. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/display/MANUAL/Joanna+Briggs+Institute+Reviewer%27s+Manual>
- Lei nº 9/2009 de 4 de Março (2009). Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais. Diário da República, 1ª série, nº 44 (04/03/2009) 1466-1530.
- Lei n.º 15/2014 de 21 de março. *Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde*. Diário da República, 1.ª série — N.º 57 — 21 de março de 2014.
- Lopes, H. (2006). *O papel do pai na sala de partos*. Revista Nursing, Janeiro, ISS 0871 – 6196, Nº 206.
- Lowdermilk, D. e Perry, S. (2008) *Enfermagem na maternidade*. 7ªed. Loures: Lusodidacta.
- Motta, C. e Crepaldi, M. (2005). *O pai no parto e apoio emocional - A perspectiva da parturiente*. Paidéia 15(30), 105-118. Acedido a 23/06/2017. Disponível em: <http://oaji.net/articles/2014/655-1404760044.pdf>
- O'Reilly, B., Bottomley, C. e Rymer, J. (2008). *Livro de bolso de Ginecologia e Obstetrícia*. Lusodidacta; ISBN:978-989-8075-06-2, Loures.

- Ordem dos Enfermeiros (1998). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. (DECRETO-LEI Nº161/96 – D.R.I Série. 205 (96-09-04) 29592962). Acedido em: 15/02/2018. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros, (2008). *Dor: Guia Orientador de Boas Práticas*. Cadernos de Série – Edição Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros, (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2ª série, nº 35 (18/02/2011) 8648-8653.
- Ordem dos Enfermeiros, (2010). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica Ginecológica*. Assembleia dos Colégios da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros, (2013). *Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto*. Projeto da MCEEESMOG-OE, Maternidade com Qualidade.
- Ordem dos Enfermeiros, (2015). *Livro de Bolso – Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros e Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (2012). *Pelo direito ao parto normal – uma visão partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization.

- Organização Mundial de Saúde, (2015). *Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas*. Acedido a 10/01/2017. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf).
- Perdomini, F. e Bonilha, A. (2011). *A participação do pai como acompanhante da mulher no parto*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 jul-set; 20(3): 445-52.
- Pereira, N. (2016). Gerir a dor durante o Parto. *Revista A Nossa Gravidez – Guia para pais Grávidos* N. 22. Goody S. A. Lisboa.
- Plantin, L., Olukoya, A. e Ny, P. (2011). *Positive health outcomes of fathers' involvement in pregnancy and childbirth paternal support: a scope study literature review*. Fathering 1(1), 1–27.
- Premberg, A., Carlsson, G., Hellstrom, A. e Berg, M. (2010). *First-time fathers' experiences of childbirth—A phenomenological study*. Midwifery 27 (2011) 848–853.
- Ramos, N. (2004) - *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ruivo, M.; Ferrito, C.; Nunes, L. (2010) - *Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas*. Percursos – Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. 15. 3-37.
- Santos, E. e Fernandes, A. (2004). *Prática reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada*. Referêcia. (11), 59-62.
- Segane, M. e Nolte, A. (2012). *The expectations of fathers concerning care provided by midwives to the mothers during Labor*. Department of Health Sciences, University of Johannesburg, South Africa.
- Silva, A. e Nogueira, L. (2006). *A importância das estratégias não farmacológicas de alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão bibliográfica*. Revista Hispeci & Lema On-Line, Bebedouro-SP, 5 (1).

- Silva, M., e Lemos L. (2012) *O PAI “GRÁVIDO”...* Consultado a: 05-05-2017.  
Disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigo%20Enfermeiros/O%20pai%20gr%C3%A1vido,%20Maria%20Jos%C3%A9%20Silva%20L%C3%ADgia%20Lemos%20Enfermeiras%20Especialistas%20em%20Enfermagem%20de%20Sa%C3%BAde%20Materna%20e%20Obst%C3%A9trica.pdf>
- Silva, S. (2014). *Vinculação Materna durante e após a Gravidez: Ansiedade, Depressão, Stress e Suporte emocional*. Universidade Fernando Pessoa. Porto.
- Tarlazzi, E., Chiari, P., Naldi, E., Parma, D. e Jack, S. (2015). *Italian fathers' experiences of Labor pain*. British Journal of Midwifery, March, Vol 23, No 3.
- UNICEF (1991). *The Baby- Friendly Hospital Initiative*. Acedido a: 20-04-2017.  
Disponível em: <https://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm#10>
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência - Edições técnicas e científicas, ISBN:972-8383-33-9.

## **APÊNDICES**

## **Apêndice I - Fluxograma de Pesquisa**



